Rok XXXVIII. Kraków, 8 Lipca 1899. Nr. 27.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 8 Lipca 1899. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierownictwem Dra Maksymiliana Rutkowskiego.

Prątek durowy w stosunku do kamicy żółciowej na podstawie przypadku operowanego w klinice chirurgicznej w Krakowie.

Podał

Dr. Stanisław Droba.

Etyologia cierpień dróg żółciowych doznała dzięki skrzętnym badaniom bakteryologicznym, podjętym w ostatnich latach, pewnej zmiany.

Do szeregu drobnoustrojów, którym przypisywano chorobotwórczą rolę w różnorodnych cierpieniach dróg żółciowych, przybył od r. 1888 prątek durowy Ebertha-Gaffkyego.

W tym to roku Fütterer i Anton [1]) zwrócili uwagę na częstą obecność prątków durowych w drogach żółciowych osób zmarłych na dur brzuszny, dając pochop do ścisłej w tym kierunku uwagi. To też już w roku 1890 Gilbert i Girode [2]), a w roku 1893 Chiari [3]) ogłosili przypadki zapalenia woreczka żółciowego, wywołanego działaniem prątka durowego.

W ślad za tymi przypadkami zjawia się w kazuistycznej literaturze coraz więcej tego rodzaju publikacyj, jak: Duprego [4]), Krausa [5]), Dungerna [6]), Wunschheima [7]), Alexeieffa [8]), Imhofera [9]), w których znajdujemy opisane przypadki spraw zapalnych, toczących się w drogach żółciowych, a spowodowanych otrzymanym w czystej hodowli prątkiem durowym.

Emil Ryska [10]) opisuje trzy przypadki zapalenia dróg żółciowych, w których aczkolwiek prątka durowego nie wyhodowano i nie oznaczono, sprawa była wywołaną jego działaniem. W jednym z tych przypadków zapalenie tyczyło woreczka żółciowego i wystąpiło wśród duru brzusznego, w dwóch pozostałych zajęte były przewody same, a objawy zapalne wystąpiły dopiero po ustąpieniu duru.

Prątków nie wyhodowano, gdyż we wszystkich trzech przypadkach nastąpiło uleczenie, a nakłócia woreczka żółciowego zaniechano z uwagi na dobro chorych.

[1]) Fütterer i Anton: *Münch. med. Wochenschrift* 35, 19, 315, 1888 r.
[2]) Gilbert i Girode: *La Semaine med.* 1890, Nr. 58.
[3]) Chiari: *Prag. med. Wochenschrift* 18, 22, 261, 1893.
[4]) Dupre: *Les infections biliaires* Steinheil, Paris 1891.
[5]) Kraus: *Prager med. Wochenschrift* 21, 42, 469, 1896.
[6]) Dungern: *Münch. med. Wochenschrift* 44, 26, 416, 1897.
[7]) Wunschheim: *Prager med. Wochenschrift* 23, 2, 13, 1898.
[8]) Alexeieff: *Dietskaja medicina* 4, 80, 1897.
[9]) Imhofer: *Prager med. Wochenschrift* 23, 15, 16, 170, 1898.
[10]) Emil Ryska: *Münch. med. Wochenschrift.* Nr. 23, 1899.

Przypadków tego rodzaju, jak Emila Ryski, jest bardzo wiele, lecz przechodzą niepostrzeżenie, choćby dlatego, że objawy ze strony dróg żółciowych są za małe, by się mogły wśród objawów duru na pierwszy plan wyłonić.

Że tak jest, dowodzą prace Chiariego [11]) i Krausa [12]), którzy w woreczku żółciowym zmarłych na dur brzuszny znaleźli w 87% przypadków obficie same prątki Ebertha-Gaffkyego. W przeważnej liczbie tych przypadków, bo w 68%, istniało zapalenie woreczka żółciowego, i to raz dotyczyło całej grubości ściany woreczka i sąsiedniej otrzewnej, zresztą samej błony śluzowej woreczka.

Prace powyższe mają doniosłe znaczenie, wskazują bowiem drogi, któremi dotrzeć można do sprawy tworzenia się kamieni żółciowych.

Jeżeli bowiem prątki durowe zdolne są, jak to Chiari i Kraus przedmiotowo wykazali, wywołać przewlekły stan zapalny błony śluzowej woreczka żółciowego, to tem samem stało się zadość najgłówniejszemu warunkowi tworzenia się kamieni; nieżyt bowiem kamicowy, jak go nazywa Naunyn, jest gotowy.

Ale prątek durowy sam, jako taki, może stwarzać jądro kamieni, a dowodem tego badania Fourniera [13]), który na 100 przypadków kamieni żółciowych, branych z trupów, w 38miu znalazł w jądrze tych kamieni żyjące lub obumarłe prątki, i to *bacterium coli*, a także *bacterium typhi.* Ten ostatni u tych, którzy za życia przebyli dur brzuszny, a więc prawdopodobnie i zapalenie błony śluzowej woreczka *(Cholecystolithiasis).*

Do podobnych wyników, jak Fournier, doszli Dufourt, Chiari, Fütterer [14]).

Wypadałoby się zastanowić jeszcze, jaką drogą prątki durowe dostają się do woreczka żółciowego i czy znajdują tu korzystne do swego rozwoju warunki.

Pewnik, stwierdzany niejednokrotnie, że w przebiegu duru brzusznego wszystkie narządy uledz mogą chorobowym zmianom, doprowadził Wrighta i Sempla [15]) do przekonania, że dur brzuszny należy uważać za ogólne zakażenie krwi i że zmiany w jelitach są dopiero następowe. Zapatrywanie to podzielają również Sanarelli [16]) i Wathelet [17]).

[11]) Chiari: *Zeitschrift für Heilkunde* 15, 199, 1894.
[12]) Chiari Kraus: *Zeitschrift für Heilkunde* 18, 470, 1897.
[13]) Fournier: Thèse de Paris 1896.
[14]) Dufourt, Chiari, Fütterer: *Deutsche Chirurgie* Lief. 45 c. 2. Hälfte 1897, p. 204.
[15]) Wright, Semple: *Centralblatt für Bact.* 19, 6, 7. 22 , 1896.
[16]) Sanarelli: *Riv. d'igiene e sanità publica* 1893, Nr. 241. Baumgartens. *Jahres-Bericht* 1893, p. 228. *Annal. de l'Inst. Pasteur* 11, p. 221, 1893.
[17]) Wathelet: *Annal. de l'Inst. Pasteur* 9. p. 252, 1895. *Centralblatt für Bact.* 18, 16, 501, 1895.

Nie wchodząc w osądzanie słuszności powyższego zapatrywania nadmienić trzeba, że prątki durowe znajdowano we wszystkich możliwych narządach ciała ludzkiego, że zatem krążyć musiały poprzednio we krwi, zanim się tam dostały.

Do dróg żółciowych mają one jednakowoż dwojaką drogę, drogę krwi, a dalej mogą się przedostawać bezpośrednio z dwunastnicy do przewodu żółciowego, a ztąd do woreczka żółciowego.

Gdyby przypuszczenie drugie było słuszne, to z prątkiem durowym przedostawaćby się musiała do dróg żółciowych cała masa innych w jelicie żyjących drobnoustrojów, podczas gdy w przypadkach powyżej wymienionych znajdowano zawsze czyste, jednolite hodowle prątka durowego. Ten fakt, a dalej klasyczny przypadek Hünickena [18]), w którym prątek durowy wywołał dławcowe zmiany zapalne w przewodach śródwątrobowych, pozostawiając przewody zewnątrzwątrobowe nietkniętymi, przemawiają za tem, że i w woreczku żółciowym, podobnie jak w innych narządach, osadza je prąd krwi.

Prątki durowe, dostając się do woreczka żółciowego, zastają tam przeciwgnilnie działającą żółć, którąby powinna byt ich i rozwój znacznie upośledzić, albo nawet zniszczyć. Że to się nie dzieje, przypisać należy najprawdopodobniej temu, że prątki durowe dostają się do woreczka w czasie duru, a zatem w chwili ogólnego schorzenia ustroju, pod wpływem którego wszystkie narządy przedstawiać muszą *locus minoris resistentiae*, a dalej temu, że prątek durowy w tym czasie uposażony jest wielką siłą żywotną, że zatem zdolny jest pokonać większe, niż kiedyindziej trudności.

Gdy pierwsza próba wypadnie dla prątka pomyślnie i gdy pod wpływem jego działania wywiąże się stan zapalny błony śluzowej woreczka, to byt jego nawet na długi czas jest zapewniony. Pod wpływem bowiem nieżytu błony śluzowej woreczka zmienia się żółć, a tem samem zmieniają się korzystnie warunki dla dalszego bytu prątka, choćby on stracił swą dawną siłę żywotną.

To też w przypadku Dungerna [19]) wyhodowano prątek durowy w 5 lat, a Buschke [20]) opisuje, że można go wyhodować z treści woreczka w 7 lat po przebytym durze.

W naszym przypadku upłynęło od czasu, w którym chora przebyła dur brzuszny, do czasu operacyi, t. j. do czasu, w którym wyhodowaliśmy z treści woreczka żółciowego prątek durowy w czystej jednolitej hodowli, lat siedemnaście. Z tego też powodu, jakoteż ze względów, które poniżej podamy, uważamy sobie za obowiązek przytoczyć opis tego przypadku w całej rozciągłości.

Anna Pabis, lat 53, żona rolnika z Łysakowa pod Mielcem przyjęta na klinikę chirurgiczną dnia 23/5 1899 roku.

Wywiady: Dziedzicznie nie obciążona. Rodziła 6 razy szczęśliwie. Przed 17-tu laty przebywała dur brzuszny, stwierdzony przez lekarzy. Przed laty siedmiu miała poraz pierwszy gwałtowny napad bólów, trwający 4 godziny. Ból ten miał być umiejscowiony w dołku podsercowym i w podżebrzu prawem, skąd rozpromieniał się ku krzyżom i łopatkom. Cierpieniu temu towarzyszył wielki ból głowy i wymioty, żółtaczki nie miała.

Po tym napadzie była zupełnie zdrową, dopiero z końcem listopada 1898 r. choroba ujawniła się ponownie. Bez najmniejszej przyczyny dostaje biegunki, wzdęcia jelit, parcia na dół, nudności, bólów głowy, które to objawy utrzymywały się cały tydzień. W dwa tygodnie po tem pojawiają się w podżebrzu prawem głuche bóle, występujące napadowo, zwykle pod wieczór codziennie lub co drugi dzień i trwające aż do połowy grudnia z r. W tym czasie dostaje znacznego napadu bólu w podżebrzu prawem, rozpromieniającego się stąd ku krzyżom i łopatkom, bez żółtaczki. Po tym napadzie nastała znowu cisza, przerwana dopiero w marcu 1899 r. pierwszym gwałtownym napadem bólów, różniącym się od grudniowego jedynie bardzo wielkiem nasileniem i tem, że towarzyszyły mu dreszcze i gorączka. Żółtaczki nie było. Napad trwał 24 godzin. Chora zauważyła wówczas po raz pierwszy guz w podżebrzu prawem. W kwietniu b. r. pojawia się drugi gwałtowny, zupełnie do poprzedniego podobny napad bólów, również bez żółtaczki, a połączony z dreszczami i gorączką. Potem miała jeszcze 4 napady, podobne do poprzednich, ale o nasileniu znacznie mniejszem, ostatni z nich miał miejsce dnia 20 b. m. Podczas wszystkich napadów doznawała chora uczucia wzdęcia brzucha, guz w podżebrzu stawiał się jej wyraźniej.

Stan obecny dnia 23/5: Pacyentka średniej budowy, odżywienie liche. Ciepłota popołudniowa 37·6. Skóra prawidłowo zabarwiona. Spojówki gałkowe bez śladu żółtaczki. Płuca i serce bez zmian.

Brzuch miernie wzdęty. Okolica podżebrza prawego znacznie wypuklona ponad otoczenie. Obmacaniem stwierdzić się daje, że brzeg dolny wątroby, mianowicie część przednia płatu prawego jest znacznie obniżona. Granica jego dolna znajduje się 3 ctm. ponad pępkiem. Pod dolnym brzegiem wątroby w linii przymostkowej prawej czuć guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, twardy, od brzegu wątroby oddzielić się nie dający, bardzo mało ruchomy. Guz o powierzchni nierównej, przy ucisku miernie bolesny. Badanie moczu nic nieprawidłowego nie wykazuje.

Obserwacya: Dnia 26/5 b. r. dostaje chora napadu bólu miernego nasilenia. Badanie wykazuje, że guz więcej, niż podczas badania poprzedniego się wypukla i że jest znacznie bolesny. Żółtaczki brak, natomiast ciepłota podwyższona 38·2. Stolec zabarwiony prawidłowo, w stolcu oddanym po napadzie kamieni nie znaleziono. Rozpoznanie przedoperacyjne: *Cholelithiasis.*

Dnia 27/5 1899 r. Operacyę wykonał Dr. Maksymilian Rutkowski. Cięcie brzuszne po zewnętrznej stronie mięśnia prostego brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej ukazał się w głębi guz dużej pięści, zrośnięty na dużej przestrzeni z częścią odźwiernikową żołądka i z poprzecznicą, a nadto obrośnięty dookoła, szczególnie w części dolnej, siecią.

Po zbadaniu wprowadzonymi palcami przewodów żółciowych i po stwierdzeniu prawidłowego ich zachowania się, przystąpiono do doszczętnego usunięcia woreczka *(Cholecystectomia totalis)*, który, jak badanie wykazało, był znacznie zgrubiały i zawierał kamienie. Sieć kolejno podwójnie podwiązywano i między podwiązkami przecinano. Od ściany żołądka i poprzecznicy odpreparowano ten guz bądź to nożyczkami, bądź na tępo. Otrzewnę żołądkową i poprzecznicy zeszyto w miejscu powstałych ubytków. Po uwolnieniu worka z tej strony, przystąpiono do jego uwolnienia od wątroby. Ponieważ część jego środkowa i górna była wrośnięta w dolny brzeg wątroby, przeto część tę wątroby wraz z workiem wycięto, zeszywając tak powstałe brzegi wątroby katgutem igłami tępemi. Wycięty w kształcie klina kawałek wątroby był łącznotkankowo zwyrodniały.

Po podwójnem podwiązaniu przewodu woreczkowego oddzielono do reszty worek. Kikut przewodu woreczkowego obszyto. Po zaopatrzeniu tu i owdzie krwawiących miejsc, osuszono trzewia gazą wyjałowioną i jamę brzuszną zaszyto warstwowo w całości, wprowadzając przez otworek, pozostawiony w górnej części rany brzusznej, setonik gazy wyjałowionej pod wątrobę aż do kikuta przewodu woreczkowego. Opatrunek aseptyczny.

Przebieg pooperacyjny. Z wyjątkiem zaburzeń ze strony przewodu jelitowego, wywoływanych w pierwszych trzech dniach po operacyi zatrzymaniem się wiatrów, które

[18]) Hünicken: *Deutsche Chirurgie* Lief. 45c. 2. Hälfte 1897, p. 173.

[19]) Dungern: *vide sub* 6.

[20]) Buschke: *Deutsche Chirurgie* Lief. 45c. 2. Hälfte 1897, p. 173.

to zaburzenia skutecznie lewatywami usuwano, przebieg zupełnie gładki, bezgorączkowy.

Dnia 3/6. Zmiana opatrunku. Rana zgojona przez rychłozrost. Szwy usunięto. Usunięto również setonik, założony w górny odcinek rany, a założono w jego miejsce zupełnie powierzchownie świeży.

Dnia 5/6. Usunięto setonik zupełnie, a małą przetoczkę po setoniku przyżegnięto lapisem.

Dnia 10/6. Przetoczka zgojona. Stan miejscowy i ogólny w zupełności zadawalniający.

W y n i k b a d a n i a w o r e c z k a i j e g o z a w a r t o ś c i. Zaraz po operacyi przystąpiono do zbadania worka, który od czasu wyjęcia go aż do końca operacyi leżał owinięty w wyjałowioną gazę.

Worek był zupełnie zamknięty, gdyż przewód woreczkowy był przed przecięciem go podwójnie podwiązany, a ściana worka nie była nigdzie uszkodzoną. Powierzchnię worka przypalono dokładnie rozżarzoną sztabką szklaną i w miejscu przypalonem nacięto wyjałowionym nożem ścianę woreczka. Cieczą surowiczą, nieco mętną, wziętą z głębi woreczka wyjałowioną pętlą platynową, zasiano dwie pożywki agaru zwykłego.

Przedłużywszy pierwotne cięcie i otworzywszy dokładnie worek, przystąpiono do jego dokładnego zbadania.

Ściana worka bardzo znacznie zgrubiała (grubość 3—4 ctm.) okazuje makroskopowo na przekroju utkanie bliznowatej tkanki łącznej.

Worek cały podzielony jest na trzy jamki. Jamka najmniejsza o zgrubiałych ścianach, wypełniona szczelnie kamieniem, kształtu i wielkości śliwki węgierskiej, utworzona jest z szyjki worka. Kamień w niej będący zamyka szczelnie wchód do przewodu woreczkowego. Jamka druga, znajdująca się w środkowej części worka, wypełniona jest cieczą surowiczą, nieco mętną. Jamka ta jest wielkości dużego orzecha włoskiego.

Jamka trzecia znajduje się w dnie worka, ma ściany najwięcej zgrubiałe i zawiera dwa obok siebie leżące kamienie; kamień mniejszy ma kształt pryzmatu, większy kostki.

B a d a n i e h i s t o l o g i c z n e ś c i a n y w o r k a w y k a z u j e, c o n a s t ę p u j e: Błona śluzowa ściany woreczka, wziętej z jamki środkowej, gdzie kamieni nie było, utrzymana. Grubość warstwy gruczołowej prawidłowa. Przybłonek, pokrywający błonę śluzową i przybłonek gruczołowy — utrzymane w całości. Na powierzchni błony śluzowej i w świetle przewodów gruczołowych widać masy wypocinowe, w których, obok istoty jednostajnej, blado się barwiącej, rozróżnić się dają złuszczone komórki przybłonkowe, jedno-jądrzaste leukocyty i mierna ilość wielo-jądrzastych leukocytów. W tkance międzygruczołowej gęsty naciek drobnokomórkowy; podobny tylko wiotszy naciek widać w warstwie mięsnej i w warstwie włóknistej, która jest bardzo znacznie zgrubiała. Tu i owdzie wśród warstwy włóknistej widać większe ogniska gęstszego nacieku, w których dostrzega się obok komórek okrągłych także wielo-jądrzaste leukocyty. Naczynia porozszerzane, wypełnione krwią. Nieco odmienniej przedstawia się obraz drobnowidowy w ścianie, wziętej z miejsc, gdzie leżały kamienie. Tu błona śluzowa utrzymana jest tylko w głębi fałdów. Na szczytach fałdów warstwy gruczołowej albo zupełny brak tak, że warstwa mięsna jest zupełnie odsłonięta, albo utrzymany jest z warstwy gruczołowej zaledwie wąski pasek. Miejscami widać oddzielające się strzępy błony śluzowej, których resztki w postaci przewodów gruczołowych rozróżnić można wśród mas wypocinowych, jakie pokrywają powierzchnię błony śluzowej. W warstwie mięsnej widać pomiędzy włóknami mięsnemi silnie rozwiniętą tkanką łączną włóknistą, bardzo naciekłą drobnemi komórkami, między któremi występują znacznie obficiej, niż w poprzednim obrazie, wielojądrzaste leukocyty. Naczynia porozszerzane, wypełnione krwią. Na zewnątrz od ściany worka widać utkanie sieci, która była z workiem zrośnięta. Między pęczkami tkanki łącznej widać tu również naciek drobnokomórkowy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału ocznego Radcy zdrowia Prof. Dra Macheka we Lwowie.

Przyczynek do operacyjnego leczenia wrodzonego przesunięcia soczewki *(Ectopia lentis congenita)*

podał

Dr. Oswald Zion

okulista we Lwowie.

W przypadkach wrodzonego przesunięcia soczewki *(Ectopia lentis congenita)* może się z różnych powodów okazać potrzeba operacyjnego leczenia. Najprzód wskazany jest rękoczyn tam, gdzie soczewka się dostaje do przedniej komórki, w której, przez skurcz zwieracza źrenicy, niejako uwięzioną zostaje, co sprowadza groźne dla oka następstwa. Rogówka się zaciemnia, później występuje zapalenie ciałka rzęskowego, ucisk śródoczny się podwyższa, przednia część twardówki się wydyma, przyjmując znane a groźne sine zabarwienie. Jedynie w chwili stósownej wykonane wydobycie soczewki może oko od zniszczenia uratować. To też dawniej tylko w tych przypadkach pod grozą utraty oka wykonywano wydobycie wrodzonej soczewki przesuniętej i opadniętej do przedniej komórki. Odkąd jednakże okuliści oswoili się z myślą operowania soczewek niezaciemnionych wogóle, nasunęła się myśl wydobywania wrodzonych, zmniejszonych, bądź całkiem przeźroczystych, bądź częściowo zaćmionych soczewek, jak n. p. zaćm warstwowych, a to tem bardziej, że w wielu przypadkach przewidzieć można było, że bystrość wzroku po wydobyciu zmniejszonych soczewek lepszą być może, niż po optycznej irydektomii. W oddziale ocznym szpitala lwowskiego, który rozporządza wielkim materyałem operacyjnym, wykonano w kilku przypadkach operacyę wrodzonych zmniejszonych i przesuniętych soczewek z dobrym skutkiem i to w sposób rozmaity.

Pozwalam sobie ogłosić te przypadki nietylko dlatego, że są rzadkie, a operacye, ze względu na niebezpieczeństwa i powikłania, które wśród operacyi wystąpić mogą, trudne, lecz z powodu pouczających spostrzeżeń, które poczyniliśmy, a które dotyczą wskazań do rękoczynu i techniki jego wykonania.

P r z y p a d e k I. Dnia 4/VI 1897 r. przyjęto 13-letniego chłopca A. W. z obuoczną zaćmą warstwową drgającą, przyczem soczewki w całości były zmniejszone i przesunięte ku górze i wewnątrz *(Ectopia lentis congenita et cataracta perinuclearis oc. ut.)*.

Pr. o. V. $^{2}/_{60}$ palce. Szkła nie poprawiają, zblizka rozpoznaje Ig. N⁰ 24. Dno oka prawidłowe. Niedowidzenie (amblyopia). L. o. V. $^{4}/_{60}$ + 10 D. $^{6}/_{60}$ czyta Ig. N⁰ 1 na 10 ctm. z + 14 D. Ig. N⁰ 3 na 25 ctm. tylko przy rozszerzonej źrenicy. Przy prawidłowej źrenicy

wklęsłe szkła rozjaśniały wzrok, lecz chory nie mógł czytać nut w zwykłem oddaleniu, o co mu, oddającemu się muzyce, chodziło. Przypuszczając, że po usunięciu soczewki będzie miał lepszą bystrość wzroku przy wązkiej źrenicy i odpowiedniem wyrównaniu wady budowy, niż po wykonanej irydektomii, postanowiliśmy soczewkę wydobyć. Ponieważ matka się sprzeciwiała, aby operowano oko lewe widzące, a zgodziła się, aby na próbę naprzód usunąć soczewkę oka prawego, niedowidzącego, wykonano tego samego dnia przecięcie torebki *(discissio)* igłą Rosasa, wkłówszy w obwód soczewki w tem miejscu, w którem więzadełko było najkrótsze, a więc soczewka względnie najmocniej była przyczepiona. Przesuwając igłą ku dołowi i zewnątrz, udało się torebkę przerwać, chociaż soczewka się znacznie ku tyłowi wysunęła. Ponieważ pęcznienie soczewki bardzo wolno postępowało, w 14 dni potem powtórzono przecięcie (discissio). Obfite pęcznienie, oko zadrażnione, źrenica szeroka. Przy stósowaniu zimnych okładów i atropiny zadrażnienie ustępuje. Stan ten trwa 4 tygodnie, masy soczewkowe pęcznieją coraz silniej, wessanie ich jednak postępuje bardzo wolnym krokiem, przystąpiono przeto do wydobycia pęczniejących resztek soczewki sposobem liniowym prostym Graefego. Gojenie prawidłowe, źrenica okrągła, czarna, ruchoma. W = $^4/_{60}$ + 10 Dioptr. Pomijając tedy niedostateczną bystrość wzroku, co przewidzieliśmy, wykonanie operacyi technicznie udało się bez zarzutu. Myśl, którą kierowaliśmy się w tym przypadku, skłoniła H. Sattlera w Lipsku do wykonania tego samego rękoczynu w 3 przypadkach, w których mu się udało przez kilkorazowe przecięcie torebki soczewkowej *(discissio)* sprowadzić wessanie soczewki, o czem mówił na 26 zjeździe okulistów w Heidelbergu. W podobny sposób miał operować w jednym przypadku Eversbusch już w r. 1893.

Na drugiem oku operowano przed kilkoma dniami chorego w ten sam sposób na tutejszej klinice okulistycznej.

Przypadek II. Dziewczynę ośmioletnią H. S. przyjęto dnia 27/7 1897 do szpitalika św. Zofii, z powodu wrodzonego przesunięcia soczewek na obu oczach. Chora pozostawała pod opieką lekarską Dra Kickiego, a tylko operacye wykonywano na oddziale ocznym szpitala krajowego. Miło mi też na tem miejscu podziękować p. Drowi Kickiemu za przyzwolenie ogłoszenia tego przypadku.

Zewnętrzne części oka prawidłowe, źrenica wązka, przednia komórka bardzo głęboka, tęczówka drga przy ruchach gałki. W = palce na 2 mtr. Po zapuszczeniu atropiny rozszerza się źrenica na 4 m/m, a wziernikiem widać dolny brzeg soczewki, która w obu oczach równomiernie ku górze i wewnątrz jest przesunięta. Soczewki te nieznacznie się poruszają, co wskazywało, że są dość silnie na więzadełku Zinna zawieszone. Można się tedy było spodziewać, że rozcięcie torebki i masy soczewkowej igłą da się wogóle wykonać, co tem przyjemniejszem było, że u dziewczynki bardzo niespokojnej inne operacye, jak n. p. irydektomia, albo wyjęcie soczewki, przedstawiały zabieg trudniejszy. 29/VII wykonano zatem na oddziale ocznym przecięcie torebki soczewkowej, wchodząc igłą sierpowatą przez rogówkę *(keratonyxis)*. Soczewka się usuwała z pod igły, oczekiwane pęcznienie soczewki nie nastąpiło, pomimo że w miejscu wkłócia tak w torebce jak i w istocie soczewki widać było zaćmienie kształtu podłużnego. Kilka dni później (18/8) uśpiono pacyentkę i prof. Machek wykonał ową operacyę równocześnie dwiema igłami, a to wchodząc jedną igłą przez rogówkę, drugą przez twardówkę *(kerato- et scleronyxis)*. Igły weszły dość głęboko w istotę soczewkową. Chociaż po tej operacyi, jak się pokazało, także nie wystąpiło pęcznienie, któreby doprowadziło do wessania soczewki, zdaje się, że myśl operowania dwoma igłami równocześnie, jedną przez rogówkę, drugą przez twardówkę, jest uzasadnioną i zasługuje w odpowiednich przypadkach na zastósowanie. Jeżeli bowiem w przypadkach zmniejszonych i twardych soczewek rozcięcie ich jest wogóle wskazanem, to trzeba je wykonać tak, aby soczewki już i tak przesuniętej nie zwichnąć, przerywając więzadełko Zinna, a nie byłoby także obojętnem, gdybyśmy przy wykonywaniu tego zabiegu, chociażby się więzadełko nie przerwało, zatapiali i przesuwali soczewkę głęboko w ciałko szklane, tym sposobem je obrażając. Jeżeli się natomiast soczewkę dwoma igłami i z dwóch stron, t. j. z przodu i z tyłu, chwyta, wtenczas można ją ustalić i jest możebnem rozciąć i rozdrobnić ją bez szkody dla ciałka szklanego. W rzeczywistości udało się soczewkę, która między igłami była tak jakby umocowaną, tak w przedniej jak i tylnej części odpowiedniemi ruchami przedrzeć. Mimo to nie nastąpiło pęcznienie i tylko miejcami zaćmiła się soczewka, co zdaniem naszem przemawia za tem, że nie każda zmniejszona i twarda soczewka ma skłonność do ulegania wessaniu. Zadrażnienie po operacyi mierne. Po takich bezskutecznych zabiegach wykonano d. 1/IX w uśpieniu wydobycie zaćmy *(extractio)*. Rozwórka Desmarra. Cięcie rogówkowe nożykiem Graefego z góry 9 m/m długie. Wprowadzono pętlę Webera do ranki, ugniatając tęczówkę ku tyłowi, a gdy się soczewka znalazła przed pętlą, dotknął się operator rogówki palcem wskazującym ręki lewej, aby się soczewka nie zsunęła i wydobyto ją bez upływu ciałka szklanego na zewnątrz. Postępujące za soczewką napięte więzadełko Zinna przeciął asystent nożyczkami. Chora po operacyi bardzo była niespokojna. Szóstego dnia ranka była dobrze zlepiona, przednia komórka głęboka, a 25/IX chora opuściła szpital z bystrością wzroku $^6/_{60}$ a z + 14 Dioptr. mogła łatwo igłę nawlekać.

Przypadek III. Dnia 26/XII 1892 przyjęto 20-letnią dziewczynę Ch. S., średniego wzrostu, niedokrewną, bladą i licho odżywioną. Po prawej stronie upośledzenie ruchów w kończynach. W moczu wybitny ślad białka. P. o. Zewnętrzne części prawidłowe. Przednia komórka równomiernie głęboka. Tęczówka drga przy ruchach gałki. Wziernikiem dostrzedz można w dolnej części źrenicy po za tęczówką ciemną, dobrze ograniczoną, łukowatą linię z wypukłością, skierowaną ku górze. To odpowiada górnemu brzegowi soczewki, która ku dołowi jest zwichnięta i zupełnie przeźroczysta. Ciałko szklane czyste. Mierny garbiak tylny. W. p. $^6/_{60}$ lg. N° 1. w 10 ctm.

L. o. Powieki prawidłowe, mierne nastrzykanie rzęskowe. W dolnym odcinku rogówki zaćmienie obłoczkowate 4 m/m szerokie. W twardówce 2 m/m od brzegu rogówkowego widać nieco wyniosłe (ektatyczne), sino zabarwione miejsce, odpowiadające ciałku rzęskowemu. Przednia komórka w dolnej swej części głębsza, niż w górnej, a w niej leży ciało okrągłe, które przy ogniskowem oświetleniu wygląda jak kropla oliwy, pływająca na wodzie. Jest to zupełnie zwichnięta i zmniejszona soczewka, przeźroczysta, która swoją przednią torebką przytyka do tylnej ściany rogówki. W = palce na 5 mtr. Ucisk śródoczny podwyższony. Gałka oczna przy dotyku boleśna, a chora podaje, że czuje jakoby ciało obce było w oku.

Z powodu znaczniejszego nastrzykania i bólu wykonano 28/XII sklerotomię od góry; oko się uspokoiło, bóle ustały. Dn. 2/I 1893 soczewka zupełnie przeźroczysta znajduje się w przodkowej komórce oka prawego. Oko zadrażnione i bardzo bolesne. 4/I ból głowy i oka się wzmaga, występują nudności i wymioty. Obie soczewki znajdują się w przednich komórkach. Przy zastósowaniu atropiny i przy spokojnem zachowaniu się soczewki schowały się po za tęczówką. 11/I oświadcza nam chora (gdyż nie miała bólów), że jest w stanie sama obie soczewki przyprowadzić do przednich komórek i ztamtąd znowu je wydalić, a czyniła to zapomocą odpowiednich ruchów, wykonywanych tułowiem i uciskając palcami gałki oczne. 18/I przystąpił Prof. Machek do wydobycia soczewki z oka lewego; chorej polecono, żeby soczewkę do przedniej komórki wprowadziła, co dość łatwo się udało. Zapuszczono ezerynę i tym sposobem przez zwężenie źrenicy uchwycono ją w przedniej komórce. Cięcie rogówkowo-twardówkowe 8 m/m. długie. Zaraz po cięciu opadła tęczówka, a w rance okazuje się perełka ciałka szklanego, która po wyjęciu rozwórki się cofnęła. Zapomocą pętli Webera, którą po za soczewkę wprowadzono, przytrzymując soczewkę palcem wskazującym lewej ręki wydobyto ją na zewnątrz, przyczem znowu musiano zgrubiałe i napinające się więzadełko Zinna odciąć nożyczkami. Wyjęta z torebką soczewka była zupełnie przeźroczysta, mniejsza niż prawidłowa, średnica obwodu wynosiła 5 m/m, oś przednio-tylna 3 m/m. Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowy, po 12 dniach chora opuszcza szpital z bystrością wzroku $^6/_{30}$ z + 10 Dioptr. a z + 14 D. czyta lg. N° 5 hebr.

Kilka miesięcy później 24/V wydobyto soczewkę z oka prawego w zupełnie podobny sposób, przyczem musiano też soczewkę od więzadełka Zinna odciąć. W = z + 11 D. $^6/_9$.

Ten przypadek wykazuje, jak długiem jest i wytrzymałem więzadełko Zinna, które nawet zbyt silnemu naciąganiu opór stawia i nie daje się przerwać; nie ulega jednakże wątpliwości, że pomiędzy włóknami więzadełka są otwory, przez które może wypływać ciałko szklane, czego dowodzi perełka, która się zaraz po cięciu rogówkowem w rance okazała.

Opisane te przypadki pouczają:

1) że sposób zalecany przez Sattlera nie we wszystkich przypadkach prowadzi do celu; pęcznienie po dyscysyi w I przypadku było małe tak, że operacyę powtórzyć należało, a kiedy zaćmione masy soczewkowe nie ulegały wessaniu, trzeba było wykonać wydobycie pęczniejącej soczewki. W przypadku II pomimo szerokiego otwarcia przedniej i tylnej torebki wcale nie przyszło do pęcznienia.

2) Że w przypadkach wrodzonego przesunięcia soczewki można pętlą Webera wydobyć soczewkę w całości bez poprzedniej dyscysyi, a nawet bez upływu ciałka szklanego, także w takich przypadkach, w których zmniejszona soczewka nie znajduje się w przodkowej komórce (przypadek II).

3) Że więzadełko Zinna w przypadkach przesuniętej wrodzonej soczewki jest dość mocne, aby się nie przerwać przy wykonywaniu dyscysyi; wszak zachodziła potrzeba w 3-ch operacyach odcięcia więzadełka po wydobyciu soczewki. Pomiędzy włóknami więzadełka mogą się jednakże znaleźć otwory, któremi ciałko szklane może wypływać.

4) Jeżeli wreszcie okoliczności skłaniają nas do wykonania dyscysyi, godnym jest zalecenia sposób wykonywania jej dwoma igłami *(per kerato- i scleronyxis)*, równocześnie, który to sposób w wykonaniu rozpłatania soczewki technicznie zawodu sprawić nie może.

Miło mi nakoniec podziękować Prof. Drowi Machekowi za odstąpienie mi materyału do tej pracy.

III. Wyciągi.

Czyhlarz i Donath (z kliniki lekarskiej prof. Nothnagla w Wiedniu). **Wydalanie błękitu metylenowego przez nerki zdrowe a chore.** *(Wien. klin. Wochens.* 1899, Nr. 24). Prace wielu autorów już dawno starają się udowodnić, że nerka chora gorzej wydala z ustroju istoty obce, doń wprowadzone. Robiono doświadczenia z rozmaitemi ciałami, jak olejek terpentynowy, asparagina, makowiec, rtęć, jod, sole potasowe i sodowe, siarkan chininowy, bromek potasowy, kwas salicylowy i t. d. Były to doświadczenia, przedsiębrane ze stanowiska patologii doświadczalnej.

Pierwsi dopiero autorowie francuscy Achard i Castaigne usiłowali *(Gaz. hebdom.* 1897, Nr. 37), skorzystać z tego objawu, upośledzeni awydalania przez nerki, do celów rozpoznawczych. Używali oni błękitu metylenowego, który, zabarwiając mocz, wybornie się nadaje do tego rodzaju prób. Z początku wstrzykiwali błękit podskórnie, później jednak, ponieważ powodowało to silne bóle, a niekiedy nawet ropnie, zastrzykiwali jeszcze głębiej pomiędzy mięśnie.

Na podstawie prób tych doszli do przekonania, że podawanie błękitu może posłużyć do rozpoznania zaburzeń w czynności nerek. Mianowicie nerki zdrowe zaczynają wydalać błękit już po $^1/_2$ godziny, najdalej do godziny; tymczasem nerki chore spaźniają się o kilka godzin. Również czas trwania wydalania błękitu moczem jest odmienny. I tak u zdrowych błękit wydala się (t. j. pewna dawka, n. p. 0·05) średnio przez 50 godzin, zaś u chorych na nerki — przez kilka dni i dłużej nawet.

Niebawem inny znów autor francuski, Bard, powtarzając doświadczenia powyższe, doszedł do nieco odmiennych wniosków. Znalazł on rzeczywiście opóźnienie wydalania błękitu, ale tylko w zapaleniu nerek międzymiąższowem; w zapaleniu zaś miąższowem, czyli przybłonkowem, przeciwnie, nawet przyspieszenie wydalania. Wyniki Barda potwierdził rychło też Lemoine.

To było powodem, że przytoczeni badacze, Achard i Castaigne, wzięli się na nowo do pracy w tym kierunku i doszli do wyników bardziej szczegółowych. Odróżniają oni cztery rozmaite sposoby wydalania błękitu: 1) występowanie opóźnione błękitu w moczu; 2) wystąpienie w moczu tylko samego chromogenu błękitu metylenowego, co może wyprzedzić na długo pojawienie się zabarwienia błękitnego, ten zaś chromogen jest to pochodny (derivat) barwika, który można zapomocą różnych sposobów zamienić w sam barwik; 3) zmniejszenie ilości wydalonego barwika; 4) przedłużony czas wydalania. Kładą oni w końcu nacisk na to, że próba z błękitem pozwala sądzić jedynie o zaburzeniu lub braku zaburzenia samej czynności nerek, a tylko pośrednio i z wielką wstrzemięźliwością o stanie anatomicznym nerek.

Potem znowu Chauffard i Castaigne ogłosili, że istnieje także wydalanie błękitu z przerwami, a ten sposób ma znamionować niewydolność wątroby *(insufficientia hepatis)*.

Z autorów niemieckich powtarzali doświadczenia z błękitem Burghart w cukrzycy i Albu w żółtaczce z ostrem zapaleniem dróg żółciowych.

Ponieważ rzecz jest bardzo ważna, postanowili więc autorowie dokładnie ją zbadać. W doświadczeniach swoich podawali błękit tylko *per os*, przekonawszy się wprzód próbami na psach, że czas pokazania się błękitu w moczu jest prawie taki sam, czy się wprowadza do żołądka, czy pod skórę. Wyjątek stanowią przypadki, w których jest utrudnienie wessania w przewodzie pokarmowym z powodu znacznej cieśni odźwiernika.

Podawali błękit w dawce 0·1 w kołaczykach żelatynowych rano po śniadaniu. Następnie szukali pilnie pierwszego śladu błękitu lub chromogenu w moczu.

Liczba chorych wynosiła 35, a z tego było 18 z zapaleniem nerek, 3 z białkomoczem w przebiegu chorób sercowych, 14 chorych na inne choroby lub zupełnie zdrowych.

U tych ostatnich najczęściej pokazał się błękit w moczu najwcześniej po $^1/_2$ godziny, najpóźniej, ale tylko w jednym przypadku po $1^1/_2$ godz. Średnio można uważać $^3/_4$ godz. za czas prawidłowego pojawania się błękitu w moczu. Wydalanie błękitu trwało dni $2^1/_2$, 3, $3^1/_2$, 4, $4^1/_2$, 5.

U chorych z zapaleniem nerek pokazał się błękit w moczu w piętnastu przypadkach tak, jak u zupełnie zdrowych. W trzech przypadkach było znaczne opóźnienie, a w tych też można było napewno rozpoznać marskość nerek. W czterech atoli przypadkach również niewątpliwej marskości nerek barwik wystąpił w moczu po $^1/_2$ godziny aż do godziny. W jednym przypadku ostrego zapalenia nerek czas ten wystąpienia błękitu wynosił $^3/_4$ godz., po ustąpieniu zaś białka z moczu tylko $^1/_2$ godz. Trwanie wydalania błękitu było rozmaite, $2^1/_2$, $3^1/_2$, 4, 5, 6, 7 dni; w sześciu przypadkach przeniosło najdłuższy czas wydalania u ludzi zdrowych (5 dni), wynosząc 6 i 7 dni.

W trzech przypadkach białkomoczu bez zapalenia nerek pojawił się błękit raz po $^3/_4$ godz., dwa razy po godzinie.

Na podstawie tych doświadczeń dochodzą autorowie do następujących ogólnych wniosków:

Potwierdził się objaw bardzo ważny pod względem teoretycznym, że w zapaleniu nerek następuje zwłoka w wydalaniu błękitu moczem. Zwłoka ta objawić się może albo późniejszem wystąpieniem barwika w moczu, albo dłuższem trwaniem wydalania barwika z ustroju, albo też tem i tamtem zarówno. Tylko w dwu przypadkach marskości nerek udało się autorom niewątpliwie wykazać opóźnienie pojawiania się błękitu w moczu, w innych przypadkach marskości zaburzeń pod tym względem nie było.

Rozmaite rodzaje zapalenia nerek nie wpływają na czas trwania wydalania błękitu z ustroju.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Fehling: **O złośliwem zwyrodnieniu mięśniaków macicy i metodach ich operowania.** *(Beiträge zur Geburt. und Gynäk.).* Autor opisuje z kliniki w Hall dwa przypadki zwyrodnienia złośliwego mięśniaków macicy; w obu tych przypadkach chore poprzednio były poddane trzebieniu. Przy tej sposobności podaje F. wskazania co do rodzaju operacyi mięśniaków.

Przy guzach małych radzi operować przez pochwę; przy sięgających najwyżej 10 ctm. nad spojenie łonowe, zaleca ten rodzaj operowania tylko wtenczas, jeżeli guzy są podśluzowe lub międzymiąższowe. Jeżeli zaś są podsurowicze lub międzywięzadłowe, albo gdy sięgają do pępka i wyżej, radzi operować przez laparotomię. Trzebienie poleca robić tylko u osób bardzo niedokrewnych, które są za słabe, aby przetrzymać długą operacyę i narkozę. Występuje przeciw zostawianiu zacisków, a radzi zawsze zakładać podwiązki dlatego, że jest to pewniejszy sposób uniknięcia krwotoku następowego, a nadto, że jest to dla chorej znacznie przyjemniejsze. Dalej radzi przy każdem wyłuszczeniu wyjmować jajniki, gdyż te zwykle są chorobowo zmienione, a nadto po wyjęciu przydatków łatwiej jest dokładnie zaszyć otrzewnę. Pozostawienie jajników według Glärecka w $^{1}/_{3}$ wszystkich przypadków ma sprowadzać rozmaite zboczenia umysłowe.

W końcu nadmienia, że obecność mięśniaków nie jest koniecznem wskazaniem do operacyi; można podawać w początkach ergotynę, hydrastis, stypticinę; dopiero gdy się pojawią silne krwawienia, lub wystąpią objawy uciskowe sąsiednich narządów, należy przystąpić do operacyi. Mięśniaki, powstałe w czasie wieku przejściowego, radzi zawsze wyjmować ze względu na możliwość złośliwego ich zwyrodnienia.

T. P.

Prof. Sonnenburg: **Wyniki operacyjnego leczenia wynicowania pęcherza.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* 1899, Nr. 14). Po krótkiem krytycznem omówieniu wszystkich sposobów leczenia wynicowania pęcherza (ectopia vesicae), dochodzi autor do wniosku, że jak długo nie uda się wytworzyć dokładnego zwieracza pęcherza, któryby sprawiał, by pęcherz mocz utrzymywał, wszelkie operacye plastyczne, dążące do wytworzenia pęcherza, mijają się z celem, gdyż w najlepszym razie osiąga się możność założenia dokładnego zbiornika na wyciekający mocz. A to samo można osiągnąć w sposób bardzo prosty i wcale nie niebezpieczny, t. j. wyciąć ściany rozszczepionego pęcherza w zupełności, a moczowody wszczepić w dno rozdzielonej cewki, sposób, który autor jeszcze w roku 1882 zalecił. Dowodzenia swe popiera S. przedstawieniem 3 w ten sposób operowanych chorych (jednego z r. 1882, drugiego przed 2 laty i trzeciego przed kilkoma dniami). U 2 pierwszych założony odpowiedni zbiornik bardzo dokładnie gromadzi mocz. Sposób Maydla uważa S. za niebezpieczny, gdyż na 14 przypadków, w ten sposób operowanych, zmarło 2 z powodu spraw ropnych w nerkach.

Herman.

Prof. Torggler. **Ocena przebiegu połogu z chyżości tętna.** *(Münch. med. Wochenschr.* 1899, Nr. 21). Autor zwraca uwagę, że przy najdrobniejszych nawet zboczeniach od prawidłowego połogu pierwsze reaguje zazwyczaj tętno. Ta myśl zniewoliła autora do dokładnego badania liczby tętna u całego szeregu położnic, o ile ono się wzmaga wraz z podwyższeniem ciepłoty. Badania te doprowadziły autora do wywodu, że jakkolwiek z samego obliczania tętna nie można na pewne wnioskować o nieprawidłowości połogu, ale że oznaczenie liczby tętna ma przynajmniej taką samą wartość rozpoznawczą, jak dokładne mierzenie ciepłoty. Dlatego dla dokładności obrazu należałoby mierzyć ciepłotę i obliczać tętno, zaznaczając ich wzajemny stosunek na odpowiednich krzywych. *St. D.*

A. Funke. **Wskazania do operacyi włókniaków drogą pochwową.** *(Münch. med. Wochenschr.* 1899, Nr. 21). Na wstępie zwraca autor uwagę, że właściwie bezwzględnego przeciwwskazania do operacyi włókniaków niema. Na podstawie 242 przypadków w klinice strassburgskiej wypowiada zdanie, że drogą pochwową należy operować: 1) włókniaki podśluzowe rodzące się; 2) pojedyncze włókniaki podśluzowe dna, o ile ich wielkość nie przekracza wielkości pomarańczy; 3) pojedyncze włókniaki podsurowicze przedniej lub tylnej ściany macicy, rosnące ku szyi, a nie przekraczające swą wielkością główki noworódka; 4) włókniaki wielokrotne macicy (myomatosis uteri) i to wtedy, gdy macica daje się dobrze ściągnąć; 5) małe włókniaki podsurowicze dna, które łatwo dają się wyłuszczyć przez wyciągnięcie macicy drogą otworu w sklepieniu przedniem, względnie tylnem. Przeciwwskazaniem do operowania drogą pochwową jest znaczna niedokrewność i brak sił żywotnych, gdyż operując drogą brzuszną łatwiej można krwotok opanować.

Każdy włókniak podsurowiczy należy operować zdaniem autora tak, jak się operuje każdy torbiel jajnika. Przy krwawieniach można próbować abrazyi, sporyszu, a przy objawach uciskowych, zwłaszcza jeżeli chodzi u młodych kobiet o utrzymanie macicy, wyłuszczenia głównego włókniaka.

St. D.

Guérarel. **Przyczynek do przebiegu starszych ciąży zamacicznych.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 21). Autor zwraca uwagę, że mimo znacznej liczby ogłaszanych przypadków ciąży zamacicznej, mało jest notowanych przypadków między 4—7 m. ciąży. Dla tego ogłasza swe 4 przypadki, z których każdy był operowany, a tylko jeden skończył się niepomyślnie.

Te przypadki pouczyły autora, że każdą późniejszą ciążę zamaciczną należy operować natychmiast. Wprawdzie są znane przypadki donoszenia ciąży, ale są one tak rzadkie, a niebezpieczeństwo dla matek tak groźne, że nie powinno się ich na nie narażać.

Jak samego zabiegu dokonać, to autor zgadza się, że należy dążyć do ideału i wyjąć cały worek płodowy, ale zwraca uwagę na częstą niemożebność przeprowadzenia operacyi w ten sposób. Często zmuszeni jesteśmy tylko płód wydobyć, a zresztą uciec się do tamponady. Tamponadę należy przeprowadzać drogę pochwy, co jest łatwo możliwem i zupełnie zdaniem autora pewnem, a chora unika ropienia drogą jamy brzusznej, bo z ropieniem drogą pochwy łatwiej się każda chora oswoi. W końcu tylko przy takiem postępowaniu można w zupełności i dokładnie zeszyć po operacyi powłoki brzuszne, co zabezpiecza przed przepuklinami. Przy tym sposobie postępowania worek płodowy da się o wiele więcej zmniejszyć, aniżeli przy wszywaniu w powłoki brzuszne, co przyspiesza znacznie cały przebieg gojenia się.

St. D.

Carrière. **O losie toksyn i antytoksyn, wprowadzonych do przewodu pokarmowego zwierząt.** *(Annal. de l'Inst. Pasteur* 1899, Nr. 5). Ażeby wyjaśnić, dlaczego jady tężca i wężów, wprowadzone do przewodu pokarmowego, są nieszkodliwe, nie wywołują odporności, ani też nie nadają własności leczniczych surowicy zwierząt, w ten sposób zatruwanych, oraz aby wyświetlić nieskuteczność odnośnych antytoksyn, wprowadzonych tą samą drogą, badał C. z osobna wpływ rozmaitych wydzielin przewodu pokarmowego na każdą z obu toksyn i odpowiednie antytoksyny. Okazało się, że zarówno na jad tężcowy, jak i wężowy, działa ptyalina osłabiająco, sok żołądkowy niszczy je zupełnie, podobnie jak i sok trzustkowy, oraz wydzieliny leukocytów. Sam przybłonek jelitowy, oraz bakterye jelitowe nie wywierają na te jady żadnego wpływu. Na antytoksyny zaś nie działają prawie wcale ptyalina, sok żołądkowy, żółć i leukocyty, natomiast silnie je osłabiają: sok trzustkowy i bakterye jelitowe, a zupełnie je niszczy działanie przybłonków jelitowych.

Ciechanowski.

Dr. Oberwarth: **Pozorne porażenie kiłowe u dzieci.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* T. XLIX, Cz. 4). Pozorne porażenia kiłowe kończyn u dzieci mogą być w stosunkowo krótkim czasie wyleczone przy zastósowaniu swoistych leków, bez pozostawienia śladu zaburzeń nerwowych.

Badanie pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów daje wyniki prawidłowe. Możemy tłómaczyć objawy kliniczne tej choroby specyficznemi zmianami w układzie kostnym, bez współudziału układu nerwowego.

Typowe porażenie wrzekome dzieci kiłowatych jest swoistem zapaleniem kości i chrząstek, mającem swoją siedzibę na granicy nasad kości długich, z szczególniejszem upodobaniem do usadowienia się w kości ramieniowej, a występuje pod rozmaitemi postaciami, począwszy od nieznacznego podrażnienia okostnej, aż do zupełnego rozluźnienia części przyrostowej kości. Choroba ta przebiega pod postacią mniej lub więcej bolesnego i zupełnego porażenia kończyny. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Zupnik (z kliniki prof. Přibrama w Pradze). **Podskórne wstrzykiwania zawiesiny mózgowej przy tężcu.** *(Prager med. Wochenschr.* 1899, Nr. 24 i 25). Zachęcony wynikami Krokiewicza i Schramma, wstrzykiwał Z. zawiesinę mózgową w jednym przypadku tężca, który jednak po chwilowem polepszeniu zakończył się śmiercią. Ze względu na szybszą wessalność zalecałby Z. sporządzać zawiesinę nie gęstszą, niż 1: 10, a to opierając się na wyniku doświadczeń na zwierzętach. Nie mogąc z niepomyślnego wyniku swego przypadku wysnuć żadnych wniosków, gdyż chora oprócz tężca, dotknięta była zapaleniem nerek i zginęła wśród objawów nerkowych, a przytem późno dostała się do leczenia, starał się Z. wyświetlić sprawę leczących własności zawiesiny mózgowej przez doświadczenia na zwierzętach. (Własności ochronne uważa Z. za niewątpliwe). Zarówno jednak próby na zwierzętach, zakażanych samymi prątkami tężca, jak i na zatruwanych czystymi jadami dały rezultat ujemny. Te wyniki znacznie osłabiają wiarę w przyszłość leczenia tężca zawiesiną mózgową i nasuwają Z. myśl, że w dotychczasowych pomyślnych przypadkach klinicznych wyleczenia nastąpiłoby może i samoistnie. (Schütze *Zeitschr. für klin. Med.* T. 36 odmawia zawiesinie mózgowej na zasadzie swoich doświadczeń nawet i ochronnych własności. Przyp. spr.). *Z.*

Babiński J. **O oddziaływaniu elektrycznem mięśni prążkowanych po śmierci.** *(Comptes rendus de la soc. de Biologie* 1899). Oddziaływanie elektryczne mięśni po śmierci ustroju nie było prawie jeszcze badane. Podawano ogólnie, że u zwierząt ciepłokrwistych wnet po śmierci ustaje kurczliwość mięśni i że znika ona wcześniej dla prądu przerywanego, niż dla prądów galwanicznych. B. badał oddziaływanie elektryczne mięśni u 2 osobników w $1^1/_2$ godziny po śmierci. Mięśnie tułowia i kończyn zachowywały się rozmaicie, natomiast mięśnie twarzy w obu przypadkach przedstawiały zjawisko nadzwyczaj podobne do t. zw. odczynu zwyrodnienia, mianowicie odwrócenie wzoru pobudliwości galwanicznej, skurcz powodny, falisty i utratę oddziaływania na bezpośrednio zastósowany prąd przerywany. Zastanawiając się nad przyczyną tego zjawiska, przypomina B., że według Erba i większości neuropatologów t. zw. odczyn zwyrodnienia jest skutkiem jakichś zmian histochemicznych, rozwijających się w mięśniu, którego nerw uległ zwyrodnieniu. Jednakże zważywszy, że odczyn zwyrodnienia pojawia się w mięśniach twarzy już po 3 do 4 dniach, jak to dawniej B. wykazał, po przecięciu nerwu twarzowego, kiedy w mięśniach tych niema jeszcze ani śladu zmian morfologicznych, należy, zdaniem B., uważać odczyn zwyrodnienia za skutek tego, że mięsień pozbawiony jest wpływów nerwowych i że bodźce elektryczne działają wówczas na same tylko włókna mięsne. To znaczy, że t. zw. odczyn zwyrodnienia byłby swoistem oddziaływaniem mięśnia, bez pośrednictwa nerwów. Jeżeli to zapatrywanie jest słuszne, to pojawienie się odczynu zwyrodnienia po śmierci ustroju w mięśniach prążkowanych należałoby tłómaczyć w ten sposób, że tkanki po śmierci obumierają tem szybciej, im wyżej są uorganizowane, czyli że włókna mięsne zachowują swą pobudliwość elektryczną jeszcze wówczas, gdy już włókna nerwowe śródmięśniowe ją utraciły. *C.*

Subbotic V. (z Belgradu): **Bąblowiec** *(echinococcus). (Wien. klin. Wochenschrift,* 1899, Nr. 24). Bąblowiec u ludzi w Serbii jest stosunkowo bardzo rzadki. Wydarza się w postaci torbielowej, nigdy w postaci wielokomorowej, co popiera spostrzeżenia zkądinąd, że w jednem i tem samem miejscu (okolicy, kraju) nie pojawiają się obie postacie bąblowca.

Z przytoczonych przez autora przypadków dwa są rzadsze. W jednym bąblowiec wyszedł z trzustki lub krezki okrężnicowej *(mesocolon),* co było niepodobieństwem bliżej rozstrzygnąć. Klinicznie przedstawiał się ten przypadek jako typowy torbiel trzustki.

Drugi przypadek był to bąblowiec wielokrotny *(echin. multiplex),* o tyle z dziwnem umiejscowieniem, że pasorzyt usadowił się w świetle jelitowem (wyrostka robaczkowego), o czem autor nie znalazł żadnej wzmianki w literaturze. Prawdopodobnie bąblowiec dostał się z otrzewnej (gdzie były bardzo liczne torbiele), do wyrostka robaczkowego, unieruchomionego poprzednimi zrostami, a w dalszym ciągu spowodował zarośnięcie światła wyrostka robaczkowego ku kiszce ślepej. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Von H. J. Boldt (Nowy York). **Niezwykłe uszkodzenie przy usiłowanem skrobaniu macicy.** *(Monat. für Geburts. und Gynäk.* Nr. IX). Autor chcąc uwidocznić niebezpieczeństwa, jakie łyżeczkowanie macicy sprowadzić może, przytacza jeden przypadek z własnej praktyki, drugi ogłoszony przez Manna. W przypadku autora lekarz, wydobywając kleszczykami resztki łożyska, ściągnął jakieś białe okrągławe ciało. Aby to ciało łatwiej wydobyć, zaczął ciągnąć haczykowato zagiętym palcem, podczas czego kawałek ten się przerwał, a lekarz, mając to wrażenie, że przerwał jelito, zaprzestał dalszych manipulacyj. Wezwany dnia następnego znalazł autor przebicie macicy, a nie znalazłszy ze strony jelit najmniejszych zaburzeń, sądził, że lekarz, co do przedarcia jelita, był w błędzie. Drugiego dnia stan chorej był zupełnie dobry; dopiero popołudniu dnia trzeciego wystąpiło nagle wzdęcie brzucha, bardzo znaczna bolesność i zapad.

Wykonana natychmiast laparotomia wykazała całą jamę brzuszną wypełnioną kałem, zmięszanym z krwią: jelito biodrowe (ileum) oddarte na przestrzeni 14 ctm. od krezki i w tej części uległe zgorzeli. Nadto jajo w macicy było w całości utrzymane.

Przypadek ten zakończył się zejściem śmiertelnem. W przypadku Manna lekarz, rozszerzywszy dylatatorem Grodella szyjkę, wydobył jajo płodowe palcem, pozostałe zaś resztki wyłyżeczkował. Kontrolując następnie palcem wnętrze macicy, zdawało mu się, że jest jeszcze kawałek doczesnej, ściągnął więc takową palcem aż do pochwy, na zewnątrz jednak wydobyć nie mógł, założył więc wziernik i ku wielkiemu zdumieniu przekonał się, że jest to przedarte jelito. Chorą tę przewieziono do szpitala, gdzie Dr. Mann wyciął 14 ctm. jelita biodrowego (ileum), oderwanego od krezki; w jamie otrzewnowej znajdowała się tylko nieznaczna ilość krwi zmięszanej z kałem. Wypadek ten zakończył się wyzdrowieniem. Autor jest tego zdania, że już przy pierwszem wsunięciu kleszczy przebija się macicę, przy otwarciu kleszczyków chwyta się sieć, albo przydatek sieciowy i przez otwór wciąga do macicy; przy każdem następnem wsunięciu przechodzą kleszcze przez zrobiony już otwór w macicy i ściągają coraz to większą część jelita. Że objawy zapalenia otrzewnej nie występują zaraz po przebiciu macicy, tłómaczy z jednej strony próżnym stanem jelit, z drugiej zaś tem, że potrzeba pewnego czasu do wypełnienia wypociną zatoki Duglasa.

Do pracy tej dodaje swoje uwagi Saenger, w których ostro występuje przeciw używaniu kleszczy przy poronieniu, a zwłaszcza używaniu ich bez kontroli palca. Radzi także zaniechać wszelkiego rodzaju rozwieradeł, gdyż w zna-

cznej bardzo liczbie przypadków wszystko można wydostać palcem, a ten macicy nie przebije.

W końcu przestrzegając przed zbyt częstem i niepotrzebnem łyżeczkowaniem, kończy słowami: *„Quousque tandem: Wann wird endlich diese pessima praxis aufhören?“.*

T. P.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki

Funk *(Mon. f. pr. Derm.,* T. 28, 11) omawia szczegółowo choroby skórne towarzyszące błednicy, zwracając uwagę szczególnie na wypryski głowy i twarzy, jako tak zw. *seborrhoea,* w postaci rozlanej, złuszczającej się, lub w postaci plam. Również często zjawia się u błedniczych trądzik, zwykle nader uporczywy, pogorszający się przy czyszczeniach miesięcznych. Leczenie ogranicza się prawie jedynie do podania arszeniku, który szybko zmiany te usuwa, obok odpowiedniej dyety, jak jadanie obficie jarzyn i owoców, oraz spożywanie małych ilości płynów. *F. K.*

Hodara używa przy chorobach skórnych z objawami sączenia następującej pasty: *Rp. Lanolin. Vaselin. aa 20,0 Glycerin. 10,0 Saccharin. 20,0 Sulfur. 10,0 Zinc. oxyd. 20,0 M. f. pasta,* która działa silnie obsuszająco i pokrywa szybko miejsca sączące przyskórkiem. *(Mon. f. pr. Derm.* 1899. 9). *F. K.*

Przy cuchnących nieżytach nosa stosuje Hamm *(Münch. m. Woch.* 1899. 15) kwas cytrynowy w ten sposób, że, po dokładnem wypłókaniu nosa i usunięciu ropy i strupów, wdmuchuje trzy razy na dzień kwas cytrynowy z cukrem mlekowym w równych częściach, co ma usuwać nader szybko cuchnienie, jako też działać gojąco na błonę śluzową. *F. K.*

Neuberger przemawia gorąco za podawaniem przy wypryskach różnego rodzaju u dzieci arszeniku w ten sposób, że dzieciom poniżej 2 lat podaje 1—5 kropli mięszaniny: *Sol. Fowler. 1·5* na 3·5 wody, u dzieci zaś 2—5-letnich zaczyna od ½ kropli, a dochodzi po paru tygodniach do 1½ kropli. Leczenie musi trwać kilka tygodni, a stósowanie środków zewnętrznych ma być wedle niego bezskuteczne. *(Arch. f. Derm. u. Syph.,* XLXVII, 2). *F. K.*

Mertens wprowadza zamiast dziegciu do leczenia chorób swędzących *(prurigo, herpes circinatus)* wyciąg z sosny *(Extr. turionum pini silvest. aqu.),* który zasychając na skórze i tworząc błonkę sprężystą, znosi łatwo swędzenie i przekrwienie skóry. Przetwór ten zaschnięty nie krępuje ruchów skóry i daje się łatwo zmyć, a dla szybszego działania dodać można do tego przetworu wedle potrzeby takie środki, jak ichtyol, siarkę, naftol, chrysarobinę i t. p. *F. K.*

W *Weekly Dentist* ukazała się rozprawa, udowadniająca, że zęby palaczy tytoniu utrzymują się dłużej, niż nie palących; dalej, że dym czyni drobnoustroje jamy ustnej nieszkodliwymi, a upośledza rozwój takich bakteryj, jak wąglika, cholery lub zapalenia płuc. *F. K.*

Bonain znieczula błonę bębenkową ucha przed przekłóciem w ten sposób, że zakłada do ucha tamponik z waty, zamaczanej w mięszaninie: *Rp. Ac. carbol. liquefac., Menthol., Cocain. mur. aa;* po 2 minutach następuje znieczulenie. *(Med. News.* 1899). *F. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 26 kwietnia 1899.

Przewodniczący: kol. Festenburg. Członków obecnych 13, gości 2.

1. Kol. Kośmiński omawia i przedstawia przypadek przetoki pęcherzowo- i cewkowo- pochwowej u chorej, która po nabyciu przetoki trzy razy zaszła w ciążę. Przypadek ten dowodzi, że przetoki pęcherzowe nie wpływają bezpośrednio na życie płciowe kobiet, jeżeli macica i części dodatkowe nie uległy znaczniejszym zmianom. K. przytacza z literatury przypadki zebrane przez Kronera i jako unikat przypadek Torgglera, w którym chora z przetoką pęcherzowo-pochwową dziewięć razy zaszła w ciążę.

W dyskusyi przytaczają po jednym spostrzeganym przypadku ciąży względnie porodu u chorych na przetokę pęcherzowo-pochwową koledzy: Festenburg, Mars i Sołowij.

2. Kol. Mars okazuje mięśniakowłókniaki trzonu macicy wielkości pięści, wydobyte zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę z pozostawieniem obydwóch jajników w jamie brzusznej. Po 14 dniach po operacyi znalazł M. podczas oględzin pola operacyjnego w pochwie dwa guzki, które przy dokładniejszem zbadaniu okazały się wypadniętymi jajnikami. Po ich wycięciu nastąpiło szybkie zgojenie.

3. Kol. Mars mówił: »O próbnem otwarciu jamy brzusznej«. Przytaczając zdania rozmaitych autorów, zwraca M. uwagę, że niewielu tylko nadaje próbnemu otwarciu jamy brzucha właściwe miejsce i znaczenie w szeregu operacyj chirurgicznych. Zgodnie z poglądami Veita uważa M. próbne otwarcie jamy brzusznej jako zabieg usprawiedliwiony w tych przypadkach, w których zachodzi konieczna potrzeba zabiegu operacyjnego w jamie brzusznej, gdzie jednak mimo postawionego rozpoznania nie mamy przeświadczenia o możliwości dokonania zamierzonego zabiegu, o czem dopiero po otwarciu jamy brzusznej przekonać się możemy. Cięcie próbne brzucha powinno być jako takie zapowiedziane chorej lub jej otoczeniu przed rozpoczęciem zabiegu. M. przytacza zajmujący przypadek, gdzie wykonał próbne otwarcie jamy brzusznej, z powodu jednak niespodziewanego gwałtownego krwotoku, pochodzącego z głębi jamy brzusznej, był zmuszonym przystąpić do usunięcia złośliwego guza jajnika, by módz dotrzeć do źródła krwotoku, znajdującego się pod guzem. Po wydaleniu guza udało się opanować krwotok za pomocą tamponady. Przebieg po operacyi był szczęśliwy.

W dyskusyi biorą udział koledzy: Barącz, Sołowij, Rosner i Festenburg. Z wyjątkiem kolegi Rosnera podnoszą wszyscy potrzebę i użyteczność próbnego otwarcia jamy brzusznej, jednakowoż w granicach ścisłego wskazania.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

VI. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

4. posiedzenie dnia 12-go kwietnia popołudniu.

(Ciąg dalszy).

1) Rothschild (z Soden i Padwy): *O znaczeniu fizyologicznem i patologicznem kąta mostkowego i o sposobie oznaczania wielkości tego kąta zapomocą sternogoniometru.*

Powierzchnie trzonu i rękojeści mostka w dobrze zbudowanej klatce piersiowej nie leżą w jednej płaszczyźnie, mianowicie rękojeść mostka jest podana ku tyłowi. Powstaje przez to nachylenie płaszczyzn do siebie na mostku — kąt, który się nazywa kątem mostkowym *(angulus sternalis).*

Przy oddechaniu zmienia się wzajemny stosunek trzonu do rękojeści w ten sposób, że w czasie wdechu powiększa się stopień nachylenia kąta mostkowego, a w czasie wydechu zmniejsza się — w obu razach wykonuje się to wskutek obrotu rękojeści około osi, przebiegającej poprzecznie przez oba końce przednie chrząstek pierwszych żeber. Zmiana położenia rękojeści wśród oddechania zależy od obrotu żebra pierwszego, ściśle zrośniętego z rękojeścią, naokoło osi jego podłużnej. Zmiana ta wielkości kąta mostkowego posiada wielkie znaczenie dla klatki piersiowej, albowiem wskutek powiększenia nachylenia trzonu do rękojeści przedłuża się średnica przodkowo-tylna klatki piersiowej, a przez to powiększa się znacznie przestrzeń należąca do szczytów płucnych. Stopień nachylenia kąta mostkowego wynosi u mężczyzn przy spokojnem oddechaniu przeciętnie 15,85°, u kobiet 12,85°. Różnicę pomiędzy kątem mostkowym w czasie najgłębszego wdechu, a najsilniejszego wydechu nazywamy zakresem kąta mostkowego. Z wielkości tego

zakresu można wnosić o czynności oddechowej górnych części płuc. Do mierzenia kąta mostkowego i zakresu tego kąta służy „sternogoniometer". Kąt mostkowy, różniący się wybitnie od podanych liczb, należy uważać za patologiczny.

Zmianę taką patologiczną morfologii kąta mostkowego mogą spowodować zmiany pierwotne mięśni lub kości klatki piersiowej, a także choroby płuc.

I tak np. krzywica sprowadza kształt podobny do wdechowego ustawienia klatki piersiowej, a wiec powiększenie nachylenia kąta mostkowego. Rozedma płuc z klatką piersiową beczkowatą przedstawia najwyższy stopień powiększenia nachylenia mostkowego. W suchotach płucnych kąt mostkowy bywa rozmaity. Jeżeli jest pierwotne lub następowe osłabienie mięśni podnoszących żebra, w takim razie kąt mostkowy okazuje silne spłaszczenie. Zakres kąta mostkowego jest prawie zniesiony, upośledzenie poruszalności widać podczas wydechu.

Jeżeli przyczyną główną klatki suchotniczej są nieprawidłowości w budowie kośćca, wówczas zdarza się często, że połączenie rękojeści z trzonem mostka jest skostniałe. Kąt mostkowy wtedy przypłaszcza się, a zakresu kąta niema zupełnie. Kątem Ludwika *(angulus Ludovici)*, nazywają się właściwie narośle kostne, które tak często występują u suchotników, a wychodzą z chrząstki skostniałej pomiędzy rękojeścią, a trzonem mostka.

2) Basch (z Wiednia) pokazuje „pneumometer" własnego pomysłu, służący do mierzenia objętości i sprężystości płuc. Przyrząd ten oddaje dobre usługi w przypadkach patologicznych.

3) Dettermann (z St. Blasien) okazuje na röntgenogramach ruchomość serca *in toto* przy zmianie położenia ciała.

Zdjęcia radyograficzne pochodzą z chorego, który przedstawiał nadzwyczajną ruchomość serca, czyli tak zw. serce ruchome *(cor mobile)*, albo serce wędrujące *(Wanderherz Rumpf)*, czyli *cardioptosis*.

4) Boghean (z Wiednia) przedstawia przyrząd do oddechania, poruszany zapomocą elektromotoru, który ma pogłębiać oddech w rozedmie płuc i czynić go więcej prawidłowym.

5) Kurimoto (z Nagasaki) przedstawia preparaty mikroskopowe nowego gatunku bruzdogłowca *(bothryocephalus:) Krabbea grandis*.

6) Mandowski (z Gradcu) pokazuje nowy przyrząd do podnoszenia chorego.

7) Riegel (z Giessen). *Wpływ leków na wydzielanie soku żołądkowego.* Działanie leków na wydzielanie soku żołądkowego dotąd nie jest z całą pewnością zbadane. Doświadczenia czynione na ludziach nie mogą dać podstawy do pewnych wyników. Pewniejsze wnioski można wyprowadzić z doświadczeń na zwierzętach, u których jednak dostawano sok żołądkowy z żołądka sztucznie urządzonego, zapomocą operacyi wymyślonej przez Pawłowa, ale nie ze zwyczajnej przetoki żołądkowej. Podług Pawłowa należy utworzyć dwa żołądki, jeden właściwy trawiący, a drugi dodatkowy (tak zw. żołądek wtórorzędny), z którego można otrzymywać sok żołądkowy i ocenić dokładnie czynność wydzielniczą żołądka trawiącego.

W najnowszych czasach stwierdzono, że nerw błędny jest nerwem wydzielniczym żołądka. Na tej zasadzie badał Riegel na zwierzętach operowanych metodą Pawłowa wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem atropiny, która poraża nerw błędny. Wyniki były bardzo wybitne. I tak np., kiedy podczas żywienia zwierzęcia mlekiem, po podaniu jednego litra mleka w ciągu 2 godzin wydzieliło się z żołądka dodatkowego (urządzonego sztucznie metodą Pawłowa na drodze operacyjnej) około 16 ctm.^{3} soku, to po podaniu atropiny w równych warunkach wydał żołądek zaledwo $^1/_8$—$^1/_{11}$ część poprzedniej ilości soku. Zarazem czas utajenia przedłużał się, a kwasota zmniejszała się do połowy, a nawet do $^1/_3$ części kwasoty prawidłowej.

Wprost przeciwne wyniki sprawiała pilokarpina. Pod wpływem jej ilość soku rosła znacznie, wydzielało się dwa razy, nawet cztery razy tyle soku żołądkowego, co w stanie zwykłym. U człowieka doświadczenia te łączą się z trudnościami, ponieważ nie można otrzymać czystego soku żołądkowego. A i tak można było przecież stwierdzić u człowieka, że atropina wstrzymuje wydzielanie soku żołądkowego i to w znacznym stopniu, a pilokarpina pobudza wydzielanie. Nawet wstrzyknięciem pilokarpiny można wywołać u człowieka i u psa obfite wydzielanie soku.

Riegel próbował też działania atropiny na chorych. Przypadków miał przeszło 80, a z wyników jest zadowolony tak, że może polecić atropinę jako dzielny i skuteczny lek.

Escherich (z Gradcu) zaznacza w dyskusyi, że oddawna podawał atropinę u dzieci w biegunkach, jako środek wstrzymujący wydzielanie z dobrym skutkiem. Jeżeli się ostrożnie postępuje i uważa na dawkę, nie trzeba się bać niemiłych następstw.

9) Mering i Aldehoff (z Halli). *Wpływ układu nerwowego na czynności żołądka.* Do nerwów żołądkowych należą nerwy błędne, nn. trzewne (*nn. splanchnici*) i splot trzewny (*plexus coeliacus*). Do czynności żołądka należy: 1) przepychanie treści, 2) wydzielanie i 3) wsysanie. Na wypróżnianie żołądka ma wielki wpływ, jak to już dawniej wykazał jeden z mowców (Mering), ta okoliczność, czy jelita cienkie są próżne, czy wypełnione. Jeżeli się wytnie nerwy błędne poniżej przepony, żołądek opróżnia się zapomocą skurczów prawidłowych, jak to można widzieć dobrze po założeniu wysokiej przetoki w dwunastnicy. Musi jednakowoż dwunastnica być pusta równocześnie, aby żołądek mógł się opróżniać. Widać więc z tego doświadczenia, że nerw błędny nie wywiera wpływu na ruchowość żołądka. Tak samo nie wpływa też na nią splot trzewny. Po wycięciu tego splotu pojawia się niekiedy cukromocz przemijający, a przez czas dłuższy stolce stają się bardzo wodniste. Żołądek atoli opróżnia się prawidłowo, jeżeli nie wstrzymuje tej czynności wypełnienie jelit (np. sztuczne z zewnątrz poprzez przetokę w dwunastnicy). Tak samo nie da się stwierdzić, aby nerw błędny miał jaki wpływ na wydzielanie kwasu solnego. Treść żołądkowa otrzymana z żołądka już po kilku dniach po operacyi odzyskuje dawną kwasotę, która tylko przemijająco obniża się zaraz po operacyi.

Również wycięcie splotu trzewnego nie obniża kwasoty, nawet podwyższa ją cokolwiek.

Wycięcie nerwów trzewnych nie wpływa też ani na ruchowość, ani na siłę wydzielniczą żołądka. Nerw błędny i splot trzewny, jak się pokazało z dalszych doświadczeń mowców, nie mają również żadnego wpływu na wsysanie, które się odbywa tylko podług praw fizycznych.

Na podstawie tych ujemnych wyników należy przypuścić, że komórki zwojowe, położone w ścianach żołądka, muszą posiadać własne ośrodki samoruchowe, rządzące ruchami i wydzielaniem żołądka. Ośrodki te ma się rozumieć pozostają pod wpływem głównego układu ośrodkowego, jak o tem poucza fizyologia i doświadczenie kliniczne.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie popołudniowe dnia 24-go maja.

W dyskusyi pierwszy zabrał głos Martin. Włókniak u kobiety jako taki nie stanowi wskazania do operacyi. Operować tylko wtenczas należy, gdy włókniak sprawia dolegliwości takie, że kobieta albo nie jest w stanie wypełniać swych obowiązków, albo też, że dalsze istnienie jego zagraża jej życiu, n. p. z powodu silnych krwotoków. Operować należy nietylko w tym celu, żeby kobietę od włókniaka uwolnić, ale również ażeby ją uczynić zdolną do pracy. Przy operacyi trzeba uwzględnić histologiczną budowę włókniaka, jak to wskazał L. Landau.

Leczenie włókniaków zapomocą elektryczności okazało się nieracyonalnem. Trzebienie kobiety, jak to stwierdził Winternitz, ma wpływ na włókniaki, chociaż Hegar nie wierzy w ten wpływ.

Stałej reguły, jaką drogą należy operować włókniaki, nie da się oznaczyć: każdy przypadek należy indywidualizować, lecz o ile to możebne, należy wyłuszczać. Operowanie przez pochwę stale zyskuje zwolenników; wskazówki, kiedy operować przez pochwę, a kiedy drogą laparotomii dadzą się w ten sposób oznaczyć: Jeżeli włókniaki są małe, jeżeli niema zrostów, jeżeli są większe, lecz szypułkowate, operować przez pochwę. Gdy zaś nie da się włókniaka wyłuszczyć przez pochwę, lub wyjąć go kawałkami, to w tym przypadku należy wyciąć zupełnie macicę. Jednak, o ile to możebne, trzeba wyłuszczać lub kawałkować, a nie wycinać macicy, bo chociaż nie często, ale jednak trafiają się przypadki, że kobiety te potem zachodzą w ciążę.

Amputować czy wycinać macicę? Całkowite wycięcie macicy jest idealną operacyą. Za pozostawianiem kikuta nie jest przy amputacyi, ponieważ na nich usadawiają się sprawy chorobowe, a bywają i krwotoki. Również nie radzi M. pozostawiać jajników, ponieważ zwykle spostrzega szkodliwe tego następstwa.

Küstner stanowczo stoi po stronie tych, którzy operują przez pochwę, osobliwie przy raku macicy. Największe niebezpieczeństwa przy operacyi włókniaków, jak to zaznaczył Amann, zagrażają chorej z powodu osłabienia serca, wstrząsu (shock) i posocznicy. Mowca przytacza jeden przypadek z własnej praktyki, zakończony śmiercią, w którym badał on zwłoki bakteryologicznie w 15 minut po śmierci operowanej i znalazł, że umarła ona na posocznicę, pomimo, że operacya odbyła się pod każdym względem aseptycznie. Już sama manipulacya w otrzewnej sprowadza w niej zapalenie, pomimo tego, że makroskopowo tego nie da się stwierdzić. Ciężkie zakażenie bez wszelkich jego oznak, jak ropienie, gorączka itd. może sprowadzić nagłą śmierć, zwłaszcza po operacyi drogą laparotomijną. Operować całkiem aseptycznie jest niemożebne, ponieważ rąk naszych nie jesteśmy w stanie uwolnić od zarodników pasorzytniczych, a zresztą drobnoustroje dostają się do trzew z powłok brzusznych i z powietrza.

K. robił doświadczenia z rękami po przygotowaniu ich do operacyj i w 36% przypadków znalazł je wolnemi od drobnoustrojów. Potem badał rękawiczki i okazało się przy użyciu podwójnych rękawic gumowych, że pierwsze rękawice na rękach były zanieczyszczone, drugie zaś z wierzchu wolne od drobnoustrojów; to wskazuje, że powietrze nie jest czynnikiem zanieczyszczającym. Radzi więc dla aseptyki używać gumowych rękawic i o ile możności jak najmniej manipulować i dotykać otrzewnej. Gdy będziemy w stanie do tego stopnia oczyścić nasze ręce z drobnoustrojów, że one zupełnie będą aseptyczne, wtenczas możemy operować przez laparotomię.

Czempin zaleca przy leczeniu objawów, towarzyszących włókniakom, styptycynę. Wyłyżeczkowanie macicy, które dało mu dobre wyniki, należy stosować przy włókniakach, jeśli wsteczny zwrot życia płciowego jest blizki. W roku 1892 wyłyżeczkował on macicę u kobiety, która miała włókniak wielkości orzecha włoskiego; po roku włókniak ten sam wyszedł z macicy bez operacyi. Włókniaki podśluzowe zaleca wyłuszczać przez pochwę. Co się tyczy amputacyi macicy, to radzi metodę Feitcha, to jest tak zw. *extraperitoneale Stiel-Behandlung*, bo operując w ten sposób miał bardzo dobre wyniki. Na 23 przypadków operacyj stracił tylko jedną chorą. Operacya przez pochwę nie jest tak niewinną, jakby to sobie można wyobrażać. Mowca n. p. operował włókniak wielkości pięści przez rozkawałkowanie; jeden kawałek podczas operacyi oderwał się: musiała być wykonaną laparotomia, lecz chora umarła na posocznicę. Zresztą lepiej wykonać całkowite wycięcie macicy, niż wyjmować włókniaki kawałkami, ponieważ ta ostatnia operacya zwykle bardzo długo trwa.

Przy całkowitem wycięciu macicy doradza Czempin następującą technikę: Przedewszystkiem podwiązać naczynia nasienne, potem odciąć więzadła okrągłe, odpreparować pęcherz i otworzyć pochwę, następnie odpreparować macicę w górze potem to samo zrobić w dolnej części i dopiero wtenczas brać się do więzadeł szerokich i tętnic macicznych; operując w ten sposób, miał Cz. dobre wyniki i nie zauważył, żeby chore po tej operacyi ulegały wstrząsowi więcej, lub żeby po tej laparotomii przechodziły cięższą rekonwalescencyę, niż po operacyi przez pochwę.

Skutch radzi operować włókniaki odpowiednio do tego, jaka zachodzi potrzeba. Metodę operacyjną przez pochwę uważa za więcej prostą. Przy wyborze metody należy wybrać tę, o której się sądzi, że będzie łatwiejszą do wykonania. Gdy podczas wyłuszczania jednego lub więcej włókniaków musiałby powstać zbyt wielki otwór w macicy, to lepiej ją amputować. Metodą Zweifla łżej jest operować, aniżeli Schrödera. Lepiej podwiązywać naczynia krwionośne ryczałtowo, aniżeli metodą poosobną.

Im mniejszy kikut zostawimy, tem lepiej i bezpieczniej.

Gotschalk sądzi, że włókniaki należy operować, chociażby one nie sprawiały wielkich dolegliwości, bo gdy się je pozostawi, to raniej-później sprowadzą one śmierć, w ten lub inny sposób, gdyż nieulega wątpliwości, że włókniaki mają ścisły związek z różnemi chorobami. Przy leczeniu objawowem zaleca kąpiele jodowe, wstrzykiwanie 2% roztworu jodu do środka macicy i elektryzowanie, anoda w macicy, a katoda na obwodzie. Z 20-tu przypadków, leczonych w ten sposób, 16 razy osiągnięto dobre wyniki. Lecz każdego przypadku w ten sposób leczyć nie można: musi się wybrać tylko odpowiednie. Przy operacyi przez pochwę zaleca G. podwiązywać tętnicę maciczną w ten sposób, że oddziela się pęcherz i podwiązuje się tętnicę, a potem wykonuje się wyłuszczenie.

Przy laparotomii zaleca podwiązywać nietylko tętnicę, ale i żyły metodą poosobną.

Fehling nie zaleca wyłyżeczkowywania macicy przy włókniakach, gdyż te nowotwory przez to tylko prędzej rosną. Natomiast miał on dobre wyniki po użyciu ergotyny, lecz należy wykonać setki wstrzykiwań. Przypadki trzeba indywidualizować i jeżeli pacyentka ma np. 28 lat, to operować, gdy zaś ma 50 lat, to leczyć objawowo. Operować zawsze, gdy włókniaki są wielkie.

Przed operacyą należy zrobić dokładne rozpoznanie, czy włókniak jest podotrzewnowy, czy też międzymiąższowy lub podśluzowy, a w końcu czy nie jest śródwięzadłowy. W tym celu trzeba użyć blaszkownicy (laminaria), rozszerzyć szyjkę maciczną i wymacać dokładnie, gdy zgłębnikiem nie da się rozpoznać. Włókniaków śródwięzadłowych pod żadnym warunkiem nie operować przez pochwę. Gdy włókniak usadowiony w macicy, można operować przez pochwę.

Wytrzebienia można też próbować, a w pojedyńczych przypadkach podwiązywać tętnicę maciczną. Przy wycięciu macicy należy zostawiać jajniki i małą część macicy. Śmiertelność przy operacyi włókniaków wynosi od $4\frac{1}{2}$ do $5\frac{1}{2}$%.

Schauta jest zdania, że należy leczyć włókniaki metodą zachowawczą, z wyjątkiem lżejszych przypadków, które bez ciężkiej operacyi można usunąć. Samo otwarcie otrzewnej jest zawsze operacyą zagrażającą życiu pacyentki. Gdy się podejmie operacyę, należy usunąć wszystko, co się znajdzie patologicznego, żeby chorą gruntownie wyleczyć.

Pomniejsze włókniaki wydostaje Sch. przez pochwę; gdy niema ich wiele, a pojedyncze włókniaki sięgają nawet do pępka, wyjmuje przez pochwę zapomocą rozkawałkowania. Jeżeli włókniaki są śródwięzadłowe, należy je operować przez laparotomię. Na 146 operacyj przez pochwę miał mowca 5% śmiertelności, ale bez żadnego odciągania, biorąc przypadki śmierci jako takie, bez względu na ich przyczynę.

Jajniki radzi zostawiać, jeżeli nie oba, to przynajmniej jeden; z 14% operacyj z pozostawieniem jajników miał on tylko 7 przypadków, w których operowane skarżyły się na różne dolegliwości następowe; dolegliwości te wystąpiły w przeciągu czasu od 3 miesięcy do 3 lat po operacyi.

Przy wyborze operacyi należy zważać, która będzie trwała krócej i tę wybrać, bo doświadczenie uczy, że czem krócej trwa zabieg, tem lepsze mamy wyniki.

Należy wybrać operacyę przez pochwę, jeśli warunki dla obu metod operacyjnych są równe.

Chrobak i Zweifel są przeciwni leczeniu miejscowemu; Sch. jednak używa ergotynę, jod, słone kąpiele itd.; środków tych w pojedynczych przypadkach należy próbować. Półtorachlorku żelaza używa tylko w ostateczności. Radzi jak najmniej działać wewnątrzmacicznie. Elektryczność działa przyżegająco i powoduje martwicę włókniaków.

Na 97 przypadków operowanych przez pochwę miał Sch. tylko 4 śmiertelne, ale nie z przyczyny posocznicy (w 3 przypadkach był krwotok, a w jednym pękł otok ropny trąbki macicznej).

Chrobak sądzi, że gdy włókniaki są wielkie, to należy usunąć je kawałkami, albo wyciąć macicę. Jest zwolennikiem metody operowania przez pochwę; odsetek śmiertelności operowanych przez niego tą metodą wynosi $3\frac{7}{10}$. Z przypadków przez niego operowanych 73% były z poza kliniki i były bardzo ciężkie. W klinice jego stosunki nie są świetne. Drogą laparotomijną operuje tylko bardzo ciężkie przypadki. Operacya przez pochwę jest dobrą i z tej przyczyny, że wiele jest kobiet, które boją się laparotomii; ale gdy im się powie, że brzucha się nie będzie otwierać, godzą się z łatwością na operacyę. Jednakże nigdy nie powinno się absolutnie zapewniać pacyentki, że operować się nie będzie przez laparotomię, bo może zajść wypadek, że operacya musi być skończoną drogą laparotomijną. Względna wielkość włókniaka nie stanowi przyczyny, żeby operować koniecznie przez laparotomię; ale zdarzają się inne przyczyny, nieraz naprzód przewidzieć się nie dające, n. p. zajęte przydatki, zrosty, krótkie więzadła lub skrócone przez zrosty i t. d.

Mowca skłania się do metody operowania przez pochwę. Na tem miejscu też zastrzega się, jakoby był przeciwny całkowitemu wycięciu macicy; już samo to, że jego sposób operacyi polega na pozostawieniu krótkiego kikuta, co w rzeczywistości nic innego nie jest, jak całkowite wycięcie macicy, świadczy, że nie jest on przeciwny całkowitemu wycięciu macicy.

Do dobrego wyniku operacyi bardzo przyczynia się dokładne zatamowanie krwi w polu operacyjnem: pod tym względem Chrobak nazywa siebie pedantem. Włókniaki mają wiele nieprawidłowych tętnic i żył i dlatego nie można ich operować według atlasu anatomicznego. Co się tyczy kikuta przy amputacyi macicy, mowa jest za tem, żeby go zostawić otwartym i leczyć zaotrzewnowo: tętnicę maciczną podwiązywać należy o 1 centymetr poza ścianą pochwy, gdyż im wyżej podwiązujemy, tem więcej kikut krwawi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

†

JÓZEF MAJER

Doktor medycyny, b. lekarz sztabowy wojsk polskich, b. profesor, dziekan i rektor Uniw. Jagiellońskiego, członek i b. wieloletni prezes Akademii Umiejętności, członek Izby panów, b. radny miasta Krakowa, b. poseł na Sejm krajowy, członek czynny i honorowy wielu towarzystw naukowych w kraju i zagranicą i t. d. i t. d., mąż wysoce zasłużony w nauce i w społeczeństwie,

zmarł w Krakowie dnia 3 b. m. w 92-gim roku życia.

Nieubłagana śmierć wybrała dziś najcenniejszą daninę z Krakowa, najszacowniejszy stary klejnot naszego grodu. Odbieglibyśmy jednak daleko od prawdy, gdybyśmy chcieli uważać zgon Józefa Majera za stratę dotkliwą tylko jednego miasta, a nie całego narodu polskiego. W zmarłym mężu uosobnił się cały wiek ubiegły; jak w zwierciadle odbiło się w Nim 100 lat ostatnich umysłowego życia w Polsce, całych 100 lat wysileń, nadziei i zawodów, przemyślanych Jego światłą głową, odczutych Jego duszą polską. Nad tą sędziwą głową przepłynął wiek XIX, spełniły się czasy, przeszły burze dziejowe, zluzowały się pokolenia, zmieniły się pojęcia i kierunki, przeobraził się byt i ustrój społeczny, a On, postać spiżowa, ostał się, trwał, walczył i znoił, aż przeżył, że się tak wyrazimy, samego siebie i ulegając rządzącym światem prawom, zeszedł przed kilku laty z areny społecznej. Gdy taka postać ubywa z narodu, kirem żałoby pokrywa się nie jedno miasto, lecz kraj cały.

Pochyleni smutkiem i żalem nad grobem Józefa Majera, nie piszemy w dniu pogrzebu Jego życiorysu: wieloletnie zasługi i bogaty dorobek naukowy Zmarłego oceni na innem miejscu pióro więcej do tego powołane. Dziś możemy tylko uczynić pamięciowy przegląd nieskończonego szeregu zasług Jego. Więc wdzięczni Mu będziemy po wsze wieki, że należąc do rodziny niezamożnej, życiem swem przekonał, że nie droga rozgoryczenia, lecz droga czci i pracy do gwiazd prowadzi; że gdy strzał belwederski odbił się echem o omszone mury Wawelu, On stanął do szeregu; że gdy Bóg nie dał zwycięstwa, powrócił do książki, do nauki polskiej; że zostawszy profesorem na Wszechnicy Jagiellońskiej, był znakomitym i uwielbianym nauczycielem; że miłując mowę ojczystą, bronił jej przed egoizmem germanizacyjnym, a słownictwo polskie lekarskie wzbogacił najlepszymi terminami; że przyłożył ręki do założenia *Przeglądu lekarskiego* i że pozostawił 78 prac naukowych, a z tych dwa wiekopomne dzieła z dziedziny fizyologii nerwów i zmysłów; że należał do polskich Zjazdów lekarskich i im przewodniczył; że gorliwie pełnił służbę społeczną, jako radny m. Krakowa, poseł na Sejm krajowy i członek Izby panów; że w Wydziale lekarskim i w Uniwersytecie przeszedł całą hierarchię obowiązków i zaszczytów; że należał do założenia Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i był członkiem czynnym i honorowym wielu ciał naukowych w kraju i zagranicą; że kierując najwyższemi naszemi instytucyami: Towarzystwem naukowem i następnie Akademią Umiejętności, mądrością, skrzętnością i zapobiegliwością zapewnił tej ostatniej byt i kierunek; słowem, że nieznużona Jego ręka dotknęła wszystkich strun, wszystkich wyższego rzędu zagadnień narodowego życia. Broń zmieniał, z szańca przebiegał do szańca, jak żołnierz bohater spieszył z wyłomu do wyłomu, a zawsze pod tym samym czystym sztandarem czci, pracy i nauki, zawsze pod znakiem białego ptaka, aż wreszcie, pełen zasług, uwielbiany przez społeczeństwo, poważany w świecie naukowym, legł jak kłos dojrzały.

Dziś schodzi w wieczne cienie, lecz nam pozostawia świetlaną jasność niedoścignionego wzoru polskiego uczonego, obywatela nieposzlakowanego życia i niezmordowanego trudu. Wieczna pamięć zasłużonemu.

Kraków, dnia 5 lipca.

*** Biuro Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ zostaje przeniesionem w dniu 10 b. m. do domu przy ulicy Podwale, l. 9, parter.**

(W.) *Die med. Weltliteratur*, pisemko w małej oktawce, pojawiło się dnia 15 czerwca b. r.: ma ono wychodzić dwa razy na miesiąc i podawać tytuły w s z e l k i c h publikacyj, w zakres medycyny wchodzących, według porządku rzeczowego.

W słowie wstępnem wydawca Dr. Conrad Dohanny pisze między innemi: »Es erscheinen med. Zeitschriften in deutscher, englischer, französischer, italienischer, holländiescher u. ungarischer Sprache, welche alle hier verwerthet werden«, poprzednio zapewniwszy, że uwzględnione być mają publikacye »der in sämtlichen Kultursprachen abgefassten Zeitschriften«. Szanowny wydawca zdaje się jakby nie słyszał nigdy o tem, że i słowiańskie języki należą do »Cultursprachen« i że w języku polskim, rosyjskim, czeskim pisze się dziś bardzo wiele, więcej może aniżeli w przytoczonych i uznanych przez autora słowa wstępnego językach duńskim, holenderskim, lub węgierskim; o tem pan Dohanny zdaje się nie ma pojęcia. A Hiszpania czy już nic nie produkuje pod tym względem?

Jak przy takim umysłowym stanie chce autor i wydawca liczyć na powodzenie, to dla nas zagadka.

Warszawa. Projekt wybudowania trzech nowych budynków w Tworkach na mieszkania dla lekarzy uzyskał sankcyę władzy. Dr. J a w o r s k i, lekarz ambulatoryum dla chorób kobiecych w szpitalu wolskim, mianowany został lekarzem takiegoż ambulatoryum w szpitalu św. Rocha. Dr. Cezary K o s s o w s k i mianowany został zarządzającym ambulatoryum szpitala na Pradze; lekarzem zaś asystentem szpitala św. Łazarza został Gabryel A j r a p i e t i a n i e c. Dr. A. P u ł a w s k i wybrany został na zarządzającego kasą wsparcia wdów i sierót po lekarzach, istniejącą przy warsz. Towarz. lekarskiem.

* Docent dr. R a c z y ń s k i donosi, że na życzenie kolegów urządza, jak poprzednio, na materyale oddziału błoniczego szpitala św. Ludwika, 10-dniowy kurs, obejmujący całokształt nauki o błonicy, z ćwiczeniami w intubacyi, tracheotomii itd. Kurs się rozpocznie dnia 20 lipca. Zgłoszenia uprasza się adresować: *Doc. Dr. J. Raczyński, Kraków, Podwale, 9.*

* Prof. Z a l e s k i, po naukowem zbadaniu źródeł w Sławiańsku, został wysłany przez rząd dla poszukiwań i chemicznego rozbioru źródeł mineralnych, mogących się znajdować wzdłuż kolei syberyjskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Emil Ludwik G o d l e w s k i.

* S p r a w o z d a n i e b i u r a s t a t y s t y c z n e g o m. K r a k o w a o ruchu ludności w tygodniu XXIV (od 11 do 17 czerwca). Ludność średnia roczna 83·730. Zawarto w tym czasie małżeństw 16 (9·94); urodzin było 65 (40·37); skonów — 51 (31·67). Stosunek dzieci ślubnych do [dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 35:13, u starozakonnych 9:7.

Śmiertelność z chorób zakaźnych: po 1 skonie z płonicy, dławca, odry i krztuśca; 4 przypadki śmiertelne z cholery swojskiej (*ch. nostras*), 11 z gruźlicy.

* W Petersburgu powstało stowarzyszenie w celu założenia lecznicy i kolonii dla pijaków nałogowych. Przewodniczącym wybrano prof. L. M i e r z e j e w s k i e g o.

* Profesorowie Uniw. wiedeńskiego postanowili obchodzić 500-letnią rocznicę założenia Wydział lekar. w Wiedniu. Do Komisyi uroczystościowej wybrani zostali: M. G r u b e r, P u s c h m a n i Z u c k e r k a n d l.

* Z okazów, które stanowiły berlińską Wystawę przedmiotów do obsługiwania chorych, ma powstać muzeum. Doręczanie tych przedmiotów nowej instytucyi jest w toku. Muzeum ma się mieścić przy szpitalu Charité.

* Dżuma w Aleksandryi nie przekracza rogatek tego miasta; atoli nie ustaje zupełnie i codziennie przybywa po parę nowych przypadków. Zostało stwierdzone, że przed wybuchem dżumy panowała w Aleksandryi jakaś złośliwa zaraza na szczury.

* Dr. H ö s s e r t opowiada, że ludy w Australii zapobiegają zastąpieniu w ten sposób, że młodzieńcowi wytwarza się przetokę w cewce, przez którą uchodzi nasienie, gdy spółkujący nie życzy sobie zastąpienia, a zalepia przetokę woskiem, jeśli pragnie zostać ojcem.

* Władza sanitarna dolno-austryacka uznała nagłą potrzebę uregulowania stosunków kobiet, biorących za pieniądze dzieci na wykarmienie i wychowanie. Każda taka osoba musi otrzymać konsens na prawo wykarmiania dzieci; konsensu udziela prezydent gminy na wniosek lekarza powiatowego i gminnego. Karmicielki muszą ulegać stałym przepisom, których projekt zredagowała władza sanitarna dolnoaustryacka.

* Przeszłoroczny Zjazd w Kijowie rosyjskich lekarzy i przyrodników wybrał Warszawę na miejsce przyszłego Zjazdu, który ma się odbyć w r. 1901. Minister oświaty zawiadomił Komitet zjazdowy, że z powodu zamierzonego przebudowywania instytucyj uniwersyteckich, Zjazd nie będzie mógł się odbyć w stolicy Królestwa polskiego.

* W murach berlińskiego Uniw. uroczyście odsłonięto pomnik H e l m h o l t z a, wiekopomnego wynalazcy wziernika ocznego.

* Dziekanem czeskiego Wydziału lekar. w Pradze wybrany został prof. dr. M a r e š, niemieckiego — prof. dr. W. C z e r m a k.

* W składzie nowego ministerstwa francuskiego zasiada Dr. med. L a n e s s a n, były lekarz okrętowy i wojskowy. Objął tekę marynarki.

* XIII Zjazd francuskich chirurgów w Paryżu rozpocznie się 16 października b. r.

* W przyszłym tygodniu opuści prasę VI wydanie »Chorób dzieci« Prof. Baginskyego. Wydanie V wyszło w r. 1895.

Mianowania i odznaczenia. Doc. dentystyki w Berlinie, dr. W a r n e k r o s, mianowany został prof. nadzwyczajnym. Dr. S c h a e f e r mian. został prof. fizyologii w Edymburgu. Dr. F u t t e r e r — prof. patologii w Chicago. Prof. L i e b r e i c h, otrzymał tytuł doktora *honoris causa* w Uniw. oksfordzkim. Rektorem w Insbruku na przyszły rok szkolny wybrany został prof. chirurgii, Dr. H a c k e r.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Julian C s e s z n a k, lekarz kolejowy i radca miejski, zmarł w 49 r. życia w Stanisławowie. Dr. Lawson T a i t, głośny chirurg i ginekolog, zmarł w Birmingham, w 54 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 12: B u c z y ń s k i e g o K.: Przyczynek do stosowania wody utlenionej w praktyce chirurgicznej, zwłaszcza w przypadkach ropienia. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 26: Dr. O r ł o w s k i e g o S.: Sarkomatoza rdzenia i syringomyelia; przyczynek do nauki o powstawaniu jam w rdzeniu. Dr. C i ą g l i ń s k i e g o K.: W kwestyi leczenia balneologicznego chorych gorączkujących. F l a u m a i M. P e c h k r a n c a S.: Rozszerzenie przełyku samoistne (dok.). W *Medycynie* Nr. 26: Dr. B r e g m a n a L.: O zesztywnieniu kręgosłupa. N e u g e b a u e r a Fr.: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach (c. d.). W *Postępie okulistycznym* (czerwiec): Prof. W i c h e r k i e w i c z a: Narośle złośliwe rogówki (dok.). Dra Łuniewskiego S.: Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry powieki i okolicy worka łzowego. (Spostrzeżenie kliniczne.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

L. 5557.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Gwoźdźcu*, z płacą roczną 500 złr. prócz ryczałtu na objazdy.

Okręg sanitarny w Gwoźdźcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Zamierzający uzyskać ową posadę winni oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać się wymogami, określonemi w §. 7 ustawy z 2 lutego 1891 roku, Nr. 17 dz. ust. i rozp. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego do 31 lipca 1899. 166

Wydział krajowy.

L. 39.681/99.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę dyrektora szpitala powszechnego w Husiatynie z płacą 700 złr. rocznie.

Od kandydata wymaga się:

a) aby posiadał dyplom doktora wszech nauk lekarskich z jednego z uniwersytetów Austro-węgierskiej monarchii;

b) był przynależnym do tutejszego państwa;

c) nie przekroczył 40-go roku życia; 167

d) odbył praktykę lekarską przez lat dwa w jednym ze szpitali publicznych ze szczególnem uwzględnieniem praktyki na oddziale chirurgicznym i położniczym.

Pragnący otrzymać tę posadę winni najpóźniej do dnia 20 lipca 1899 r. wnieść podania swe do Wydziału krajowego z dołączeniem metryki urodzenia i świadectw udowadniających żądaną kwalifikacyę.

We Lwowie, dnia 23 czerwca 1899. *Grott.*

Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Krościenku*. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową. — Roczna płaca wynosi 700 złr. — Ryczałt na objazdy 300 złr. — Podania do dnia 25 lipca b. r.

Wydział powiatowy w Staremmieście rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Starejsoli*. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podanie do Wydziału powiatowego w Staremmieście w terminie do 15 lipca b. r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.